**OŚWIADCZENIE- PACJENT**

Ja…………………………………………………………………legitymujący się

dowodem osobistym Seria……………………….Nr……………………………………

zamieszkały………………………………………………., pesel……………………….

Nr Tel……………………………………….wyrażam zgodę

na ponoszenie odpłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym Szpitala Miejskiego w Miastku Sp. z o.o, zgodnej z cennikiem i wynikającej z Regulaminu Organizacyjnego Zakładu. Oświadczam też, iż środki utrzymania przenoszone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.

 ………………………………………..

 ( data i czytelny podpis )

**ZOBOWIĄZANIE- OSOBA TRZECIA**

Ja/my……………………………………………………………………..legitymujący się

dowodem osobistym seria……………………………..nr………………………………..

dowodem osobistym seria………………………………nr………………………………

zamieszkały…………………………………………….., pesel…………………………..

zamieszkały…………………………………………….., pesel………………………….

Zobowiązuję się do comiesięcznego ponoszenia odpłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym Szpitala Miejskiego w Miastku Sp. z o.o, na podstawie wystawionych faktur za:

Imię i nazwisko pacjenta………………………………………nr pesel…………………….

 …………………………………………

 ( data i czytelny podpis )