



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)

