

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko członka rodziny/przedstawiciela
ustawowego/ opiekun prawny, faktyczny/kurator*

.....
PESEL

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

OŚWIADCZENIE

Członka rodziny/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, faktycznego/kuratora*

Ja, niżej podpisany/a, jako członek rodziny/przedstawiciel ustawy/opiekun prawny, faktyczny/kurator* zostałam/em poinformowany/a o zasadach pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Węgorzewie Pana/i:

.....
imię i nazwisko

urodzonego/ej dnia

o tym, że:

1. Pacjent przebywający w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Węgorzewie ponosi odpłatność w zakresie kosztów wyżywienia i zakwaterowania zgodnie z obowiązującymi przepisami, w wysokości 70% udokumentowanego/yh świadczenia/ń pacjenta, ale nie większą niż 250% najniższej emerytury.
2. Pobyt pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy jest **okresowy i po zakończeniu udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych jestem zobowiązany do zapewnienia pacjentowi dalszej opieki.**

Jednocześnie **zobowiązuję się** do regulowania powstałych niedopłat w sytuacji, gdy otrzymywane przez Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Węgorzewie świadczenie nie pokryje w całości wyliczonej opłaty za pobyt.

.....
czytelny podpis członka rodziny/przedstawiciela ustawowego/
opiekun prawny, faktyczny/kurator*/stopień pokrewieństwa

*niepotrzebne skreślić