

Załącznik nr 9 do Regulaminu ZOL Szpital w Szczecinku sp. z o.o.

Szczecinek, dnia

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

.....
adres zamieszkania

**Oświadczenie
o zobowiązaniu do uiszczania opłaty
za koszty żywienia i zakwaterowania**

Niżej podpisany/a,
legitymujący/a
się dowodem osobistym seria _ nr oświadczam, że:

- 1) zobowiązuję się do uiszczania co miesiąc opłaty za koszty żywienia i zakwaterowania w zakładzie opiekuńczo - leczniczym Szpitala w Szczecinku sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinku ul. Kościuszki 38
- 2) o każdej zmianie wysokości dochodu. mającej wpływ na wysokość opłaty będę każdorazowo informował/a pielęgniarkę koordynującą zakładu.

.....
*podpis pacjenta/przedstawiciela
ustawowego*