

Nowogrodziec,.....

Dane Pacjenta:

.....

.....

PODANIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego mieszczącego się przy ul. Lubańskiej 16, 59-730 Nowogrodziec, ze względu na stan zdrowia wymagający leczenia oraz całodobowej pielęgnacji.

Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu oraz określonego w ZOL porządku, jak również przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, poddawania się wyznaczonym badaniom diagnostycznym, lekarskim i zabiegom rehabilitacyjnym oraz przyjmowania zaleconych leków.

Ponadto, oświadczam, że jest mi wiadomym, iż miesięczna opłata za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym wynosi 70% uzyskiwanych przeze mnie dochodów. Zobowiązuję się do ponoszenia kosztów pobytu i zakwaterowania oraz poinformowania SP ZOZ o każdorazowej zmianie wysokości uzyskiwanego przeze mnie dochodu.

.....

(podpis Pacjenta lub osoby upoważnionej)