



Zachodnie Centrum Medyczne Sp z o. o.
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy
ul. Śląska 35 66-620 Gubin

Gubin, dn.

**OŚWIADCZENIE
OPIEKUNA FAKTYCZNEGO / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OSOBY BLISKIEJ**

.....
.....
.....
.....

(Imię i nazwisko, adres, numer dowodu osobistego, PESEL, numer telefonu)

Oświadczam, że akceptuję wysokość opłaty za pobyt Pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Gubinie prowadzonego przez Zachodnie Centrum Medyczne Sp. z o.o – zgodnie z art.34a ust. z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się uiścić wszelkie należne opłaty za pobyt Pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy do 10-go dnia każdego miesiąca trwania umowy, gotówką w kasie zakładu lub na numer rachunku bankowego 87 1090 1551 0000 0001 3396 3783.

Zostałem poinformowany o konsekwencjach nieterminowej wpłaty należności i konieczności spłaty odsetek za zwłokę w płatności.

ZOBOWIĄZANIE OPIEKUNA

Oświadczam, że zobowiązuję się po upływie ustawowego terminu pobytu w Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicy w Gubinie odebrać Panią/Pana.....
z placówki.

W przypadku nie odebrania, Pani/Pan
zostanie odwieziona/ny na koszt w/w osoby bliskiej/opiekuna na podany niżej adres:

.....
(miejsowość, kod pocztowy, ulica, numer domu/mieszkania)

Potwierdzam zgodność podpisu

Podpis