

....., dnia.....
miejsowość

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
adres zam.

.....
telefon

Oświadczenia

Przyjmuję do wiadomości, że po zakończeniu mojego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy /ZOL/ zostanę/a wypisany/a do dotychczasowego miejsca zamieszkania – zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Przyjmuję do wiadomości, że Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście ma prawo odmówić przyjęcia mnie do ZOL po zbadaniu przez lekarza Zakładu.

.....
podpis świadczeniobiorcy/
imię i nazwisko oraz
podpis przedstawiciela ustawowego

....., dnia.....
miejsowość

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
adres zam.

.....
telefon

Oświadczenia

Przyjmuję do wiadomości, że po zakończeniu mojego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy /ZOL/ zostanę/a wypisany/a do dotychczasowego miejsca zamieszkania – zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Przyjmuję do wiadomości, że Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście ma prawo odmówić przyjęcia mnie do ZOL po zbadaniu przez lekarza Zakładu.

.....
podpis świadczeniobiorcy/
imię i nazwisko oraz
podpis przedstawiciela ustawowego