

Brodnica, dnia

Oświadczenie Woli

/złożone stosownie do art.70 Kodeksu Cywilnego o przyjęciu zobowiązań wobec Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego w Brodnicy
Składający Oświadczenie Woli

.....
(imię,nazwisko,data i miejsce urodzenia opiekuna)

.....
(miejsce zamieszkania opiekuna)

.....
(nr i seria dowodu osobistego,nr PESEL opiekuna)

.....
(numer telefonu opiekuna)

W związku ze skierowaniem do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego wydanego przez lekarza ubezpieczenie zdrowotnego

Pana/Pani*

(imię i nazwisko pacjenta)

Działając jako osoba sprawująca opiekę za zgodą osoby skierowanej składam oświadczenie woli o przyjęciu przez siebie wobec Zakładu następujących zobowiązań wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.

1. do uiszczenia należnych opłat za pobyt Pana/Pani*

(imię i nazwisko pacjenta)

Za okres od dnia przyjęcia do dnia przekazania pierwszej opłaty za pobyt przez właściwy organ emerytalno – rentowy, który na podstawie zgody osoby skierowanej będzie dokonywał potrącenia opłaty ze świadczenia emerytalno – rentowego, zgodnie z odrębnymi przepisami- najpóźniej w dniu przyjęcia.

2. do uiszczenia należnej opłaty za pobyt Pana /Pani*

(imię i nazwisko pacjenta)

3. w Zakładzie w przypadku zgonu w miesiącu kalendarzowym, za który organ emerytalno – rentowy, zgodnie z odrębnymi przepisami nie przekazał Zakładowi opłaty potrąconej ze świadczenia emerytalno – rentowego/dot.sytuacji wygaśnięcia prawa do świadczenia z dniem zgonu

Do spełnienia świadczeń wynikających z w/w.przyjętych zobowiązań zobowiązuje się osobiście

.....
(imię i nazwisko opiekuna, stopień pokrewieństwa)

Zobowiązany.

/ Za Zakład/

*zaznacz właściwe