

.....
miejsowość,data

.....
imię i nazwisko osoby skierowanej do ZOL

.....
adres
.....

.....
nr świadczenia ZUS

OŚWIADCZENIE

Pozostałą po potrąceniu opłaty za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno Lecznicy w Dąbrowie Białostockiej kwotę proszę przekazywać:
na moje konto nr..... /
przekazem pocztowym na adres Zakładu Opiekuńczo Lecznicy /
przekazem pocztowym na adres rodziny
(*proszę wybrać sposób otrzymywania pieniędzy*).

Zgodnie z art.39 Ustawy z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz.U.2012.159j.t. ze zm.), a także w wydanym na ich podstawie rozporządzeniu Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie .
Za rzeczy wartościowe nie złożone do depozytu szpital nie ponosi odpowiedzialności.

.....
podpis pacjenta