

OŚWIADCZENIE

.....
imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za pacjenta

.....
adres zamieszkania osoby odpowiedzialnej za pacjenta

.....
PESEL osoby odpowiedzialnej za pacjenta

.....
numer telefonu osoby odpowiedzialnej za pacjenta

Ja, niżej podpisany/podpisana* zobowiązuję się, w przypadku uzyskania przez

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

więcej niż 40 punktów w skali Barthel, a tym samym poprawy stanu zdrowia, do odebrania jego / jej z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w ustalonym przez kierownika Zakładu terminie.

Przyjmuję jednocześnie do wiadomości, że zgodnie z umową zawartą z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy nie otrzyma dofinansowania dla pacjenta, który w skali Barthel uzyskał ponad 40 punktów.

.....
miejsowość i data

.....
data i podpis osoby odpowiedzialnej za pacjenta