

Nowe Czarnowo Dn.....

.....  
/imię i nazwisko osoby opłacającej za pobyt pacjenta/

.....  
/adres/

.....  
/pesel osoby opłacającej za pobyt/

.....  
/telefon/

## **ZOBOWIĄZANIE DO PONOSZENIA OPŁATY ZA POBYT W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZYM PSYCHIATRYCZNYM**

1. Zobowiązuję się do ponoszenia opłaty za pobyt pacjenta .....

.....  
w Zakładzie Pielęgnacyjni Opiekuńczym Psychiatrycznym w Nowym Czarnowie zgodnie z wystawioną fakturą przez Szpital Powiatowy w Gryfinie Sp. z o.o. ul. Parkowa 5.

2. W przypadku nieuregulowania należności w terminie wskazanym w fakturze nastąpi cofnięcie decyzji wydanej na pobyt pacjenta w zakładzie oraz dochodzenie zapłaty na drodze postępowania sądowego.

.....  
/ CZYTELNY PODPIS OSOBY OPLACAJACEJ ZA POBYT PACJENTA /