

ZAŁĄCZNIK NR6

Gryfino,

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

.....
PESEL osoby opłacającej pobyt pacjenta

.....
adres

.....
nr telefonu

.....
pesel

ZOBOWIĄZANIE DO PONOSZENIA OPŁATY ZA POBYT W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM W GRYFINIE

1. Zobowiązuje się do ponoszenia opłaty za pobyt pacjenta.....
..... w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Gryfinie 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 opłacającej pobyt pacjenta

Wyrażam zgodę na poinformowanie mnie o terminie przyjęcia do zakładu drogą telefoniczną pod wskazane numery:

1. Nr telefonu komórkowego.....
2. Nr telefonu domowego.....
3. Nr telefonu do zakładu pracy.....