

.....
Miejscowość i data

.....
imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie

.....
adres zamieszkania

.....
nr dowodu osobistego

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany oświadczam, iż zobowiązuje się do pisemnego powiadomienia Oddziału Opiekuńczo-Leczniczego z Pododdziałem Wentylacji Mechanicznej działającego przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej, a w szczególności o zmianach dochodu, pobycie w innym zakładzie opieki zdrowotnej, ośrodku pomocy społecznej, rezygnacji umieszczenia w zakładzie, ewentualnie prośbie o umieszczeniu w zakładzie w terminie późniejszym.

Zobowiązuje się również do opuszczenia zakładu po upływie wyznaczonego w decyzji terminu pobytu.

W sytuacjach szczególnych przyjęcie do oddziału jest warunkowane oceną lekarza kierującego oddziałem.

.....
Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego *

*(w przypadku pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego)