

Słupca, dnia.....

## **OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA**

dla rodziny, opiekuna prawnego lub faktycznego, lub pracownika MOPS, GOPS

Ja ,niżej podpisany/a: .....

zamieszkały/a: .....

legitymujący/a się dowodem osobistym : .....

zobowiązuję się do odbioru Pacjenta : .....

z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Słupcy , w wyznaczonym przez zakład terminie.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym ,że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo -Lecznicznym jest uzależniony od uzyskanej ilości punktów wg skali Barthel oraz o tym , że jeżeli punktacja przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez WOW NFZ w Poznaniu, a pacjent zostaje wypisany z ZOL SP ZOZ w Słupcy.

.....  
data, podpis