

Prosimy o dołączenie wraz z wnioskiem do ZOL niżej wymienionych dokumentów

1. Decyzja o przyznaniu emerytury/renty lub ostatniej waloryzacji emerytury/renty lub ksero przez ZUS.
2. Ostatni odcinek emerytury/renty lub ksero potwierdzone przez ZUS
3. Skierowanie do ZOL wystawione przez lekarza pierwszego kontaktu bądź lekarza w oddziale szpitalnym, z zapisem iż, pacjent nie wymaga hospitalizacji i całodobowej opieki lekarskiej.

Oświadczenie

.....
Miejsce, data

Ja
(osoba z rodziny, opiekun)

zamieszkały wul.

oświadczam, że wyrażam zgodę na uiszczenie odpłatności za pobyt Pana/i

.....
(imię, nazwisko Pacjenta)

W.....
(nazwa ośrodka)

z siedzibą w/we ul.
(adres ośrodka)

Ja niżej podpisany, oświadczam, iż zastałem/am poinformowany/a o zasadach odpłatności za pobyt w ZOL zobowiązują się do regularnego pokrywania kosztów pobytu.

.....
podpis