

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/podpisana oświadczam, iż:

1. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia na piśmie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego SPWSZ w Szczecinie, ul. Arkońska 4 o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej osoby starającej się o skierowanie do ww. Zakładu, a w szczególności o pobycie w innej placówce, a także rezygnacji z umieszczenia w Zakładzie, ewentualnie prośbie o umieszczenie w Zakładzie w terminie późniejszym, czy też zgonie pacjenta.
2. Wyrażam zgodę na przechowywanie dokumentacji medycznej i innych dokumentów pozostawionych w tutejszym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

.....
(czytelny podpis opiekuna prawnego/rodziny)