

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany oświadczam , że w związku z moim pobytem w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicy w PZOZ w Starachowicach zostałem poinformowany o konieczności powiadomienia o tym fakcie lekarza POZ, co wiąże się z wykreśleniem z listy pacjentów POZ w okresie hospitalizacji w ZOL.

.....
podpis świadczeniobiorcy