

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE OSOBY DO KONTAKTU

.....
imię i nazwisko osoby do kontaktu nr telefonu

.....
adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko pacjenta

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w PZOZ w Starachowicach ul. Batalionów Chłopskich 6 jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji podczas oceny według skali Barthel oraz o tym, że jeżeli punktacja ta przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez ŚOW NFZ w Kielcach, a pacjent zostanie wypisany z ZOL w PZOZ w Starachowicach ul. Batalionów Chłopskich 6.

.....
czytelny podpis