

Chorzów dnia,.....

.....
imię i nazwisko/opiekuna osoby bliskiej, nr pesel

.....
nr tel do kontaktu

.....
nr i seria dowodu osobistego opiekuna/osoby bliskiej

ZGODA I OŚWIADCZENIE OPIEKUNA/ OSOBY BLISKIEJ PACJENTA

1. Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem osobą bliską/opiekunem pana/panistopień pokrewieństwa.....
2. Wyrażam zgodę na uiszczenie należności za pobyt w ZPO AMICUS w wysokości 70% dochodu w każdym miesiącu w terminie do 27-ego dnia miesięcznego okresu rozliczeniowego.
3. Zostałem/am poinformowany o konsekwencjach nieterminowej wpłaty należności i konieczności spłaty odsetek za zwłokę w płatności.
4. Zobowiązuję się również jako opiekun/osoba bliska w przypadku zakończenia pobytu/zgonu pacjenta w ZPO AMICUS Chorzów ul. Szpitalna 25 do rozliczenia końcowego z ZPO.
5. W sprawach nieuregulowanych zastosowane będą przepisy kodeksu cywilnego.

.....
podpis osoby bliskiej/opiekuna pacjenta