



Załącznik do Regulaminu
Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego
Psychiatrycznego dla Dorosłych
w Węgorzewie

Załącznik nr 5

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym w Węgorzewie jednostce podległej pod Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie oraz na pokrycie kosztów wyżywienia i zakwaterowania w ZOLP z tytułu uzyskanego dochodu.

Oświadczam, iż środki utrzymania, przeznaczone na opłacenie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym dla Dorosłych w Węgorzewie jednostce podległej pod Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie nie są zajęte lub obciążone prawami osób trzecich / są zajęte /obciążone przez

w wysokości:

.....

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis świadczeniobiorcy