

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
(imię i nazwisko osoby odbierającej, stopień pokrewieństwa)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania Pacjenta

.....
(imię i nazwisko Pacjenta)

po zakończonym pobycie w ZOD FREGATA sp. z o. o. przy ul. Bydgoskiej 14 w terminie wskazanym przez Zakład. Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu Pacjenta w Zakładzie jest uzależniony od uzyskanej przez Pacjenta ilości punktów w ocenie w/g skali Barthel oraz o tym, że jeżeli ta punktacja przekroczy 40 punktów pobyt Pacjenta przestaje być finansowany przez ZOW NFZ w Szczecinie, a Pacjent zostanie wypisany z Zakładu lub będzie ponosił koszty w/g cennika na usługi komercyjne na rok 2022 (400,00 zł/ doba) naliczane za każdy dzień po dniu wypisu.

.....
(podpis osoby odbierającej)