

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. St. Kryzana
w Starogardzie Gdańskim

OŚWIADCZENIE

Ja legitymujący/a się dowodem osobistym seria
..... nr urodzony/a w syn/córka
..... wyrażam zgodę na pobyt w zakładzie opiekuńczo –
leczniczym psychiatrycznym w Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. St. Kryzana
w Starogardzie Gdańskim oraz na ponoszenie odpłatności za pobyt w ww. zakładzie zgodnie
z obowiązującymi przepisami.

Starogard Gdański, dnia

.....
podpis pacjenta

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. St. Kryzana
w Starogardzie Gdańskim

OŚWIADCZENIE

Ja opiekun prawny
..... legitymujący/a się dowodem osobistym seria nr
..... urodzony/a w syn/córka
..... wyrażam zgodę na pobyt

(imię i nazwisko pacjenta)

w zakładzie opiekuńczo – leczniczym psychiatrycznym w Szpitalu dla Nerwowo i
Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim oraz na ponoszenie
odpłatności za pobyt w ww. zakładzie zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Starogard Gdański, dnia

.....
podpis opiekuna prawnego