- WYPEŁNIA OPIEKUN PRAWNY LUB OPIEKUN FAKTYCZNY LUB INNY PRZEDSTAWICIEL PACJENTA -

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY
w Tarnobrzegu
39-400 Tarnobrzeg, ul. Dekutowskiego 20
tel. (15) 822 73 55, 823 64 96
NIP 867-199-02-70, REGON 831216550

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Miejscowość, data

PESEL

.....

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a .....
Imię i nazwisko

PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

oświadczam, że jestem opiekunem prawnym osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej/, kuratorem osoby częściowo ubezwłasnowolnionej/, doradcą tymczasowym/, opiekunem faktycznym/* pacjenta.

.....
Czytelny podpis oświadczającego

* odpowiednie podkreślić