

.....
Imię i nazwisko

.....
miejscowość data

.....
Adres

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Niepublicznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym w Niemstowie oraz na odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie w wyżej wymienionym zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Art. 219 ust.1 pkt 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr. 112 poz. 654)
w związku z art. 34a ust.1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991r,Nr 91,
poz 408 z późn. zm.)

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Za zgodność podpisu: