



**HELP-MED**

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

---

Raciborowice, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres pacjenta

### **ZOBOWIĄZANIE**

Zobowiązuję się do pokrywania kosztów zakwaterowania i wyżywienia w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym „Help-Med” w Raciborowicach 66 do 10 dnia każdego miesiąca, w wysokości 70% kwoty mojej renty, emerytury lub wynagrodzenia. / Nie więcej niż 250% najniższej emerytury – to jest 2.500,00 zł, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu pacjenta /.

.....  
Podpis pacjenta lub jego pełnomocnika

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Kartą Praw Pacjenta.

.....  
Podpis pacjenta

### **POTWIERDZENIE**

PRZEKAZANIA ŚRODKÓW WYPOSAŻENIA ORTOPEDYCZNEGO BĘDĄCEGO WŁASNOŚCIĄ PACJENTA ORAZ WYPOSAŻENIA RTV

Wyszczególnienie:/ wózek-tyt, balkonik, laska, materac p-odleżynowy itp. odbiorniktv radio/.

UWAGA! Przyjmowane będą przedmioty wyraźnie oznaczone.

.....  
Podpis pielęgniarki

.....  
Podpis pacjenta lub jego pełnomocnika