



**Zakład Opiekuńczo-Lecznicy**  
**“HELP-MED”**  
**97-310 Raciborowice 66**  
**tel. 44/ 6168800, www.helpmed.pl**

Raciborowice, dnia.....

.....  
**Imię i Nazwisko**

.....  
**Adres pacjenta**

### **ZOBOWIĄZANIE**

Zobowiązuję się do pokrywania kosztów zakwaterowania i wyżywienia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym „Help-Med” w Raciborowicach 66 do dnia 10-go każdego miesiąca, w wysokości 70 % kwoty mojej renty, emerytury lub wynagrodzenia. /nie więcej niż 250% najniższej emerytury – to jest 3.127,20 zł, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu pacjenta/.

.....  
**Podpis**

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z Regulaminem Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego i Kartą Praw Pacjenta.

.....  
**Podpis**

### **POTWIERDZENIE**

Przekazania środków wyposażenia ortopedycznego będącego własnością pacjenta oraz wyposażenia RTV.

Wyszczególnienie /wózek-typ numer, balkonik, kule, materac przeciwoleżynowy itp. Odbiornik tv, radio/.UWAGA ! Przyjmowane będą przedmioty wyraźnie oznaczone.

.....  
**Podpis pielęgniarki**

.....  
**Podpis pacjenta lub jego pełnomocnika**