

Lublin, dnia.....

.....
Imię i nazwisko osoby zgłaszającej do opieki

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że Pani/Pan

PESEL

Zamieszkały

od daty objęcia opieką przez HOSPICJUM DOBREGO SAMARYTANINA
W LUBLINIE nie będzie objęty przez INNY ZAKŁAD poniższymi
świadczzeniami:

Opieką paliatywną

Pielęgniarską opieką długoterminową

Rehabilitacją domową

Tlenoterapią domową

Czytelny podpis osoby zgłaszającej do opieki
.....