



Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego DDOM

O Ś W I A D C Z E N I E

Dane osoby składającej oświadczenie:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

PESEL:

Rodzaj dokumentu tożsamości:

Numer dokumentu tożsamości:

Niniejszym oświadczam, iż:

1. W trakcie, kiedy jestem uczestnikiem Dziennego Domu Opieki Medycznej w Poddębicach przy ul. Miłej 27, nie korzystam ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej w ramach oddziału dziennego lub stacjonarnego.
2. Nie mam stwierdzonej zaawansowanej choroby psychicznej.
3. Nie jestem uzależniony od alkoholu, narkotyków i innych substancji psychoaktywnych.
4. Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

Poddębice, dnia:

.....

Podpis pacjenta (czytelny)