

Załącznik nr 1
do Regulaminu Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

.....
miejscowość, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

UPOWAŻNIENIE

Ja,, niniejszym upoważniam Pana/Panią
.....,

Zam.....,

PESEL:, legitymującą się dowodem
tożsamości do przyjmowania
w moim imieniu faktur korygujących z tytułu korekty rozliczeń w związku z moim pobytem
w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Szpitala Specjalistycznego im. Sz. Starkiewicza
w Dąbrowie Górniczej oraz do wskazywania rachunku na jaki mają zostać przebrane środki
wynikające z korekty rozliczenia, a w przypadku jeżeli wystąpiłaby niedopłata do zapłaty
w moim imieniu wynikającej z korekty należności.

.....
data i podpis

Oświadczam, iż poręczam za zobowiązania finansowe Pani/Pana
....., wynikające lub mogące powstać w
związku z pobytem w/w osoby w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym Szpitala
Specjalistycznego im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej i w przypadku nie pokrycia
jakichkolwiek należności związanych z tym pobytem lub pokryciem ich w niższej niż należna
wysokości zobowiązuję się uregulować je w ciągu 7 dni od daty poinformowania mnie o tym
fakcie przez Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej.

.....
data i podpis osoby upoważnionej/poręczyciela