

Moszczenica, dnia

.....

Imię i nazwisko

.....

.....

Adres

.....

PESEL

OŚWIADCZENIE O UDZIELENIU INFORMACJI

Oświadczam, że zostałem poinformowany o następujących zasadach obowiązujących w Regionalnym Centrum Zdrowia w Moszczenicy, w szczególności na terenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (ZOL):

1. Regionalne Centrum Zdrowia w Moszczenicy nie prowadzi depozytu przedmiotów wartościowych, w tym pieniędzy oraz dokumentów, dla pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. W związku z tym placówka nie ponosi odpowiedzialności za ich zagubienie lub utratę.
2. Na terenie Regionalnego Centrum Zdrowia w Moszczenicy, a w szczególności na terenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu i e-papierosów oraz wnoszenia i spożywania alkoholu. Naruszenie powyższych zakazów będzie skutkować wypisaniem pacjenta z ZOL.

.....

Podpis