Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o.

ul. Kośnego 53, 45-372 Opole

Ośrodek Opieki Krótkoterminowej

**Zgoda na pobyt w Ośrodku Opieki Krótkoterminowej**

Nazwisko i imię osoby korzystającej ze świadczeń: ……………………………………………………………………………….…………;

PESEL: ……………………….……………………….………;

adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………….. .

Ja, niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przyjęcie mnie do Ośrodka Opieki Krótkoterminowej w terminie

od dnia …………………………………………………………. do dnia …………………………….………………………. .

Data i podpis osoby korzystającej ze świadczeń: ……………………………………………………………………………

*W razie potrzeby:*

*…………………………………………………………..………………………………………*

*data i podpis opiekuna prawnego (jeśli jest wymagany)*

*…………………………………………………………..……………………………………….*

*data i podpis opiekuna faktycznego (jeśli jest obecny)*