



Załącznik nr 8 do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Grupa Nowy Szpital

.....  
Imię, nazwisko

.....  
Miejscowość, data

.....  
Adres zamieszkania

.....

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Zostałam/em poinformowany przed hospitalizacją , że Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o.o. nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy osobiste pacjenta, rzeczy wartościowe pacjenta (biżuterię, pieniądze, itp.) nie zdeponowane w szpitalnym magazynie depozytowym.

Szpital posiada magazyn depozytowy.

.....  
(podpis pacjenta)