**ZOBOWIĄZANIE PACJENTA**

Ja………………………………………………………legitymujący/a się dowodem osobistym seria ………. Nr …………… PESEL ……………………….. zamieszkały/a ………………………………………………. zobowiązuję się do comiesięcznego, poczynając od dnia przyjęcia, pokrywania opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym w Prabutach NZOZ „Centrum Psychiatrii” Sp. z o.o. z siedzibą w Malborku w wysokości …………. zł słownie……………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………...

upoważniając jednocześnie do pobrania należnej ode mnie opłaty Kierownika zakładu.

…………………………………….

(data i czytelny podpis)

**ZOBOWIĄZANIE OPIEKUNA**

Ja………………………………………………………legitymujący/a się dowodem osobistym seria ………. Nr …………… PESEL ……………………….. zamieszkały/a ………………………………………………. .. nr telefonu……………………………………

jako przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, kurator pana/pani………………………………………………………………………………………...urodzonego/ej ………………………………….. syna(córki)…………………………………..

zobowiązuję się do comiesięcznego, poczynając od dnia przyjęcia, pokrywania opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym w Prabutach NZOZ „Centrum Psychiatrii” Sp. z o.o. z siedzibą w Malborku w wysokości …………. zł słownie……………………………………………......................................................................

upoważniając jednocześnie do pobrania należnej ode mnie opłaty Kierownika zakładu.

…………………………………….

(data i czytelny podpis)