

.....dnia.....

.....  
Imię i nazwisko pełnomocnika.....  
Adres zamieszkania

.....

**ZOBOWIĄZANIE DO PONOSZENIA MIESIĘCZNEJ OPŁATY  
ZA PRANIE ODZIEŻY PACJENTA W  
ZAKŁADZIE PIEŁĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZYM  
„SZPITAL BARLINEK SP. Z O.O”**

Dotyczy pacjenta.....

Zobowiązuje się do ponoszenia miesięcznej opłaty za pranie odzieży osobistej pacjenta przebywającego w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym Szpital Barlinek Sp. z o.o. w kwocie 200,00 zł brutto.

.....

Podpis pełnomocnika

1. W przypadku nie wyrażenia zgody na opłatę za pranie odzieży osobistej pacjenta, zobowiązuję się do odbierania brudnej odzieży i dostarczanie czystej nie rzadziej niż jeden raz w tygodniu.
2. W sytuacji nie odebrania brudnej bielizny, automatycznie zostanie naliczona opłata za pranie, a odzież zostanie oddana do pralni.

.....

Podpis pełnomocnika