

.....  
imię i nazwisko

Rybnik, dnia .....

.....  
adres

.....

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku i na odpłatność za pobyt w ZOL zgodnie art. 34 a ustawy z dnia 30.08.1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej* (t. j. z 2007 r. Dz. U. r. Nr 14, poz.89, z późn. zm.).

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie

---