

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Miejscowość, data

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Zostałam/em poinformowana/y przed hospitalizacją, że „Szpital Powiatowy we Wrześni” Spółka z o.o. nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy osobiste pacjenta, rzeczy wartościowe pacjenta (biżuterię, pieniądze, itp.) nie zdeponowane w Szpitalnym depozycie.

Szpital posiada depozyt.

.....

(podpis pacjenta)