



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

| | | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|--|-------|------------------------------------|--|-------|-----|
| ΠΡΟΣ: | ΧΑΡΙΣΕΙΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ | | | | | | |
| Ο – Η Όνομα: | | | | Επώνυμο: | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης: | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | | Τηλ: | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | | Οδός: | | | Αριθ: | ΤΚ: |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | | | Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): | | | |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Το Χαρίσειο δεν έχει καμία ευθύνη για χρήματα, κοσμήματα & λοιπά αντικείμενα αξίας σε περίπτωση απώλειάς τους, τα οποία δεν έχω παραδώσει επί αποδείξει προς φύλαξη στα γραφεία του.
2. Ο πρώτος μήνας παραμονής μου στο Ίδρυμα είναι δοκιμαστικός.
3. Θα συνεργάζομαι με τις υποδείξεις των υπευθύνων ώστε να μη παρακωλύεται η ομαλή λειτουργία του.
4. Κάθε παράλειψη οποιασδήποτε οικονομικής μου υποχρεώσεως καθώς και κάθε ανάρμοστη συμπεριφορά θα αποτελεί αιτία αποχώρησής μου από αυτό.
5. Οι οικονομικές απαιτήσεις του Ίδρυματος είναι αυτές οι οποίες συμφωνήθηκαν κατά την εισαγωγή μου σ' αυτό. Είναι όμως δυνατό να μεταβληθούν, ανάλογα με τις εκάστοτε οικονομικές συνθήκες και την κατάσταση της υγείας μου.
6. Στην συμφωνηθείσα τιμή δεν συμπεριλαμβάνονται: η συμμετοχή στα φάρμακα & αναλώσιμο υλικό (πάνες ακράτειας / υποσέντονα κλπ.), ιατρικές & φαρμακευτικές δαπάνες οι οποίες δεν παρέχονται από το Ίδρυμα & Δημόσιους φορείς (ιδιώτες ιατροί, διαγνωστικές εξετάσεις, μεταφορά με ιδιωτικά ασθενοφόρα κλπ.)
7. Το συμφωνηθέν μηνιαίο ποσό θα πρέπει να καταβάλλεται εντός του πρώτου πενθημέρου του τρέχοντος μήνα. Σε περίπτωση που ο/η γηροκομούμενος/η αποβιώσει ή αποχωρήσει οικειοθελώς το καταβληθέν αυτό ποσό δεν επιστρέφεται.

Θεσσαλονίκη 20.....

Ο / Η Δηλ.....

(Υπογραφή)