SOUHLAS OPATROVNÍKA/ZÁSTUPCE

Na základě uzavřené příkazní smlouvy upravující správu finančních prostředků po dobu hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Opavě mnou zastupované osoby: …………………………………………………

- uděluji souhlas k tomu, aby výše uvedená mnou zastupovaná osoba vybírala z účtu Psychiatrické nemocnice v Opavě částku určenou k osobní potřebě a k nákupu osobních potřeb ve výši:

………………………...…..…...Kč týdně/měsíčně (nehodící se škrtněte),

- souhlasím/nesouhlasím (nehodící se škrtněte) s čerpáním finančních prostředků pro nákup hygienických potřeb ve výši:

……………………..……….….Kč týdně/měsíčně (nehodící se škrtněte),

- zde, prosím, můžete případně uvést další částku, způsob využití i frekvenci výplaty:

……………………………………………………………………………………………….

- souhlasím/nesouhlasím (nehodící se škrtněte) s tím, aby výše uvedená mnou zastupovaná osoba během hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Opavě používala mobilní telefon a drobné elektrospotřebiče (např. MP3, notebook, holící strojek, fén na vlasy, …) a zároveň beru na vědomí, že nese odpovědnost za jejich případnou ztrátu či poškození.

Současně uděluji souhlas k tomu, aby byly dle potřeby pacienta realizovány drobné nákupy určené jeho osobě.

**Bankovní účet číslo:** 20001-339821/0710, var. s. : rodné číslo pacienta (bez symbolu lomítko)

V …………………. dne ………………

………………………………………

podpis (a otisk razítka) opatrovníka