

..... dnia

.....

.....

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym Szpital Barlinek Sp.z o.o. przez właściwy organ emerytalno – rentowy lub Ośrodek Pomocy Społecznej z mojego świadczenia, a pozostałą kwotę proszę o przekazywanie przelewem na wskazane konto bankowe / przez listonosza do miejsca obecnego pobytu*

Opłata naliczana będzie zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. 2012 nr 12.poz. 731)

.....

(podpis)

- Niepotrzebne skreślić