

Końskie, dnia

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a)

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zgadzam się na przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Końskich.

ZOBOWIĄZANIE

W związku z czynionymi staraniami o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego, wyrażam zgodę na potrącanie 70% renty lub emerytury zgodnie z art. 33a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. z 2008 r. Dz.U. nr 164, poz. 1027 ze zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn.25.06.2012 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach.

.....
Pieczętka i podpis osoby potwierdzającej
własnoręczność podpisu pacjenta lub opiekuna

.....
Podpis pacjenta lub opiekuna