

Załącznik nr 10 do Regulaminu ZOL Szpital w Szczecinku sp. z o.o.

Szczecinek, dnia

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

.....
adres zamieszkania

**Oświadczenie
o wyrażeniu zgody na potrącanie opłaty za koszty żywienia i
zakwaterowania przez organ emerytalno-rentowy**

Niżej podpisany/a,
legitymujący/a
się dowodem osobistym seria _ nr, oświadczam, że:

1) wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za koszty żywienia i zakwaterowania w zakładzie
opiekuńczo-leczniczym Szpitala w Szczecinku sp. z o.o. w Szczecinku płatnika
tj.:

.....
bezpośrednio z mojej emerytury/renty (niepotrzebne skreślić). nr
świadczenia

..
2) o każdej zmianie wysokości dochodu. mającej wpływ na wysokość opłaty będę
każdorazowo
informował/a pielęgniarkę koordynującą zakładu.

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego