

.....  
(miejsowość i data)

## OŚWIADCZENIE O PŁATNOŚCI

.....  
Nazwisko i imię pacjenta

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Adres do korespondencji

Oświadczam, że zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie za okres pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy dla pacjentów Wentylowanych Mechanicznie w Szczecinku ul. Kościuszki 38 na konto: **Bank PEKAO SA nr 08 1240 1428 1111 0010 5563 7094** naliczanej zgodnie z przepisami art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z późn.zm) i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U.2012.731).

Jednocześnie wyrażam zgodę na:

1. Potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie z otrzymanej

• Emerytury\*, nr świadczenia

.....

• Renty\*, nr świadczenia

.....

• Zasiłku stałego wyrównawczego\*, nr świadczenia

.....

• Renty socjalnej\* nr świadczenia

.....

przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla pacjentów Wentylowanych Mechanicznie Szpital w Szczecinku Sp. z o.o.

**Oplatę zobowiązuję się uiszczyć za pobyt do 10-go dnia następnego miesiąca.**

.....