

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE O PŁATNOŚCI

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczam, że zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za zakwaterowanie i wyżywienia za okres mojego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym SPWSZ w Szczecinie ul. Arkońska 4, naliczanej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. na podstawie art. 219 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.).

Jednocześnie wyrażam zgodę na:

1. Potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie z otrzymanej emerytury/renty przyznanej przez

.....
Nr świadczenia:*

lub:

2. Odbiór zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej*

przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczny SPWSZ w Szczecinie na konto

02 1240 6292 1111 0010 7688 1274 – Bank Pekao S.A.

Mam świadomość, iż opłata za pobyt zostanie ustalona w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Opłatę w pierwszym miesiącu pobytu zobowiązuje się uiścić w ciągu 3 (trzech) dni od daty przyjęcia oraz zobowiązuje się do uiszczania opłat za kolejne miesiące do 10 dnia każdego miesiąca pobytu.

.....
(czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

*) niepotrzebne skreślić