

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres
.....

OŚWIADCZENIE O PŁATNOŚCI

Oświadczam, że zobowiązuje się do:

1. opłacenia rachunków za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Wyrzysku, przy ul. 22 Stycznia 41, za okres od dnia przyjęcia do Zakładu do dnia poprzedzającego przejęcie płatności przez właściwy organ emerytalno-rentowy.
2. Jednocześnie wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w ZOL z otrzymanej emerytury-renty/ zasiłku (ZUS, KRUS, itp.).

Podstawa prawna:

Opłata naliczona będzie zgodnie z art.18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. 2012 r. poz. 731 ze zm.).

.....
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęciem
do zakładu lub jego ustawowego opiekuna