

.....
Miejscowość i data

.....
imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Ciechanowcu działającym przy Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem oraz ponoszenie odpłatności z tego tytułu ustalonej w wysokości 70% miesięcznego dochodu (ale nie więcej niż 250 % najniższej emerytury) zgodnie z art. 18 ust. ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 r. Nr 10, poz. 2561 z późn. zm.) oraz § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25.06.2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. 2012 r. poz. 731 z późn. zm.).
2. Oświadczam, że w celu ustalenia ww. opłaty przedłożyłam/-em wszystkie decyzje organów emerytalno-rentowych i inne dokumenty w celu stwierdzenia wysokości dochodu i zobowiązuję się je przekazywać niezwłocznie w przypadku zmiany wysokości przysługujących świadczeń.
3. Wyrażam zgodę na potrącenie ustalonej w wyżej wskazany sposób opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy przez płatnika świadczeń emerytalno-rentowych w wysokości 70 % przysługujących świadczeń emerytalno-rentowych.
4. W przypadku potrącenia realizowanego przez organ emerytalno-rentowy na poziomie niższym niż opłata ustalona zgodnie z pkt 1 powyżej, zobowiązuję się dopłacić różnicę na rachunek bankowy Szpitala nr 28 8774 0000 0017 9894 2000 0010 (Bank Spółdzielczy w Wysokiem Mazowieckiem) lub gotówką w kasie Szpitala (ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie – budynek C Szpitala, I piętro).
5. Pozostałą kwotę świadczenia proszę kierować na (*niewłaściwe skreślić*):
 - a) dotychczasowe konto
 - b) adres Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w Ciechanowcu: ul. Plac Ks. Kluka 4, 18-230 Ciechanowiec

.....
Podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna

