

.....
(Miejscowość , data)

OŚWIADCZENIE O PŁATNOŚCI

.....
Nazwisko i imię pacjenta

.....
Adres zamieszkania

Oświadczam, że zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie za okres mojego pobytu w Zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym SZGiChP w Koszalinie ul. Niepodległości 44-48

na konto PEKAO S.A. II ODDZIAŁ KOSZALIN 51124036531111000041881738 lub w kasie SZGiChP (poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 14⁰⁰)

naliczanej zgodnie z przepisami (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych , art. 18 Dz. U. nr 210, poz. 2135)

Jednocześnie wyrażam zgodę na:

1. potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie z otrzymanej

- *emerytury , nr świadczenia
- *renty, nr świadczenia
- *zasilku stałego wyrównawczego , nr świadczenia
- *renty socjalnej, nr świadczenia

przez Zakład pielęgnacyjno – opiekuńczy w Koszalinie.

Opłatę zobowiązuję się uiścić za pobyt do 10 następnego miesiąca .

*) niepotrzebne skreślić

.....
Podpis świadczeniobiorcy