

.....
miejscowość, data

.....
nazwisko i imię pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

„Szpital Tucholski” Spółka z o.o.

ul. Nowodworskiego 14-18, 89-500 Tuchola

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

ul. Wiejska 8

O Ś W I A D C Z E N I E

Zgoda na naliczanie i pobieranie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Tucholi ul. Wiejska 8., w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy.

1. Wyrażam zgodę, aby właściwy organ: ZUS/KRUS/MOPS* dokonał potrącenia opłaty z przyznawanych mi świadczeń emerytalnych /rentowych/ zasiłku lub renty socjalnej* i przekazał bezpośrednio na rzecz „Szpitala Tucholskiego” Spółki z o.o., Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Tucholi.

LUB

2. Zobowiązuję się do osobistego uiszczania opłaty za pobyt do dnia 10-tego każdego miesiąca w kasie Szpitala lub przelewem na konto:

VeloBank S.A. - 33 1560 0013 2007 3768 8000 0001

* właściwe podkreślić

.....
podpis pacjenta/opiekuna prawnego/
opiekun faktyczny/kuratora

Na podstawie:

1. Art.18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. z dnia 28 czerwca 2012r.).