



.....
miejsowość, data

.....
nazwisko i imię pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

**„Szpital Tucholski” Spółka z o.o.
Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy
ul. Nowodworskiego 14-18
89-500 Tuchola**

O Ś W I A D C Z E N I E

W związku z otrzymanym skierowaniem do Zakładu Opiekuńczo – Lecznicy w Tucholi

Pani/Pana

Składam oświadczenie woli o następującej treści:

1. Zobowiązuję się do osobistego uiszczania opłaty za pobyt

Pani/Pana w zakładzie nie później jak do
dnia 10-tego każdego miesiąca w kasie Szpitala lub przelewem na konto: **PKO BP SA
82 1020 1462 0000 7002 0325 8753.**

2. W przypadku nie uiszczenia opłaty w terminie jak wyżej – wyrażam zgodę, aby
ZUS/KRUS/MOPS* dokonał potrącenia z przyznawanych mi świadczeń emerytalno –
rentowych, zasiłku lub renty socjalnej* i przekazał bezpośrednio na rzecz „Szpitala
Tucholskiego” Spółki z o.o. Niepublicznego Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w
Tucholi.

* właściwe podkreślić

.....
podpis członka rodziny, opiekuna