

OŚWIADCZENIE

Ja.....PESEL

imię i nazwisko

legitymujący się dowodem osobistym:

seria numer wydanym przez

.....
wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Bychawie, ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ.

.....
numer i data wydania decyzji

Miesięczną opłatę ustala się zgodnie z art.18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wysokość opłaty odpowiada 250% najniższej emerytury z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody, na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela lub innej
upoważnionej osoby