

.....
miejsowość, 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 SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie, naliczanej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. na podstawie art. 219 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r, poz. 2190)

Jednocześnie wyrażam zgodę na:

1.*) Potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie z otrzymanej emerytury/renty przyznanej przez

.....
Nr świadczenia

2.*) Odbiór zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej.

Przez Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie na konto

PKO BP S.A. nr 78 1020 4795 0000 9202 0205 3262 - RMZ i OS z dnia 30.12.1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach – art. 3, Dz. U. 166/98, poz. 1965.

Opłatę za pierwszy okres pobytu zobowiązuję się uiścić w ciągu 3 (trzech) dni od daty przyjęcia oraz zobowiązuję się do uiszczania opłat za pozostałą część do 10 dnia każdego miesiąca pobytu.

.....
czytelny podpis

*) niepotrzebne skreślić