

Knurów, dnia

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

PESEL:

Dotyczy świadczenia:

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na dokonywanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w
potrąceń z tytułu odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym
w Knurowie Sp. z o.o. ul.Dworcowa 3 w wysokości wynikającej z ustawy o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2014 r. z późniejszymi
zmianami a mianowicie 250% najniższej emerytury jednak nie więcej niż 70% miesięcznego dochodu
świadczeniodawcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Pozostałą część mojego dochodu proszę wysłać na :*

- a) Adres.....*
- b) Dotychczasowe konto podane w ZUS-ie.*
- c)
(inna dyspozycja – podać jaka*)

Podpis został złożony w obecności pracownika Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Knurowie
ul.Dworcowa 3

.....

(podpis pacjenta)

.....
(potwierdzenie podpisu pacjenta)

