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 :\*

1. Adres……………………………………………………………………………………………………………………………………\*
2. Dotychczasowe konto podane w ZUS-ie.\*
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(inna dyspozycja – podać jaka\*

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

……………………………………………………………………….

(podpis pacjenta)

………………………………………………………………….....

(potwierdzenie podpisu pacjenta)