

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*

Wszelką korespondencję proszę wysyłać na adres:

Zakład Opiekuńczo- Leczniczy Sp. z o.o.

44-190 Knurów, Dworcowa 3

Podpis został złożony w obecności pracownika Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Knurowie

ul. Dworcowa 3

.....
(podpis pacjenta)

.....
(potwierdzenie podpisu pacjenta)

