

Brodnica, dnia .....

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25.06.2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo –lecznicych i pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art.18 i art.33 a , ja niżej podpisany /a

.....  
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)  
wyrażam zgodę na potrącenie z pacjenta emerytury / renty, który będzie przebywać w zakładzie kwoty 70% i przekazywanie na konto Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brodnicy na numer konta : 78 1560 0013 2501 2281 0000 0001 z tytułu pobytu w zakładzie

.....  
(imię i nazwisko pacjenta, pesel, stopień pokrewieństwa wobec pacjenta)

.....  
(imię i nazwisko opiekuna, numer PESEL)

Oświadczenie złożono w obecności :

.....  
.....  
(nazwisko, imię, stanowisko)

.....  
(data ,podpis osoby,która odebrała oświadczenie)