

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OPŁAT W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO LECZNICZYM W PASŁĘKU

Osoby zobowiązanej do ponoszenia opłat za pobyt pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Pasłęku.

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zobowiązuję się do ponoszenia odpłatności za pobyt w ZOL w Pasłęku, ze świadczenia

Pana/i.....

stopień pokrewieństwa: żona, mąż, inna osoba zobowiązana.

Nazwisko i imię.....

Zobowiązuję się do uiszczania opłat w terminie wskazanym w regulaminie ZOL i systematyczne odbieranie faktur.

Podstawa prawna: art.18 ustawy z 24.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2015r. Poz.581 z późn. zm.).

.....
data, podpis przedstawiciela ustawowego albo innej osoby zobowiązanej

Ja niżej podpisany, jako opiekun prawny, opiekun faktyczny, przedstawiciel rodziny

Nazwisko i imię opiekuna:

.....

Adres:.....

PESEL:.....

Nr emerytury/ renty świadczeniobiorcy:

.....

*Wyrażam zgodę na potrącenie przez ZUS, KRUS wopłaty za pobyt w ZOL, w wysokości 70% z wypłaty miesięcznego udokumentowanego świadczenia netto,

Pana/i.....

i przekazanie na konto Szpitala Powiatowego w Pasłęku, nr : 58 1020 1752 0000 0802 0127 9702

*Ja, wyżej podpisany, zobowiązuję się na bieżąco odbierać faktury i ze świadczenia.....

opłacać pobyt w ZOL-u na konto Szpitala Powiatowego w Pasłęku,
nr : 58 1020 1752 0000 0802 0127 9702

Zobowiązuję się poinformować ZUS, KRUS o przyjęciu i wypisie z Zol- u. Zostałem/am poinformowany/a przez Kierownika Zol-u o zawieszeniu dodatku pielęgnacyjnego w trakcie pobytu w Zakładzie.

.....
data i podpis pacjenta/opiekuna

Stwierdzam zgodność podpisu:.....

* wypełnić odpowiednie