

.....
(Miejscowość i data)

.....
Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Zabrze
ul. Zamkowa 4. lub jego przedstawiciela ustawowego

PESEL:

Adres zameldowania

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż zameldowania)

Nr telefonu do kontaktu:

.....
(Nr świadczenia osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Zabrze
ul. Zamkowa 4)

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na pobieranie z otrzymywanego przeze mnie/osobę ubiegającą się o skierowanie* świadczenia odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Zabrzu ul. Zamkowa 4 **

.....
(czytelny podpis)

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej (art. 233KK) za zatajenie prawdy lub poświadczenie nieprawdy.

.....
(czytelny podpis)

Do wniosku o przyjęcie dołączam odcinek emerytalny/rentowy/inny z ostatniego miesiąca oraz aktualną decyzję o przyznaniu emerytury/renty/innego świadczenia**

*Niepotrzebne skreślić

**Podstawa prawna: art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; §8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.