Zabrze, dnia ….....

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

PESEL: ….....

dotyczy świadczenia: ….....

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na dokonywanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ….....

potrąceń z tytułu odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Zabrzu ul. Zamkowa 4 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 wysyłać na:*

a) adres ….....*

b) dotychczasowe konto podane w ZUS-ie.*

c) ….....

(inna dyspozycja- podać jaka *

…….
podpis pacjenta

Podpis został złożony w obecności pracownika Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Zabrzu ul. Zamkowa 4

……

(czytelne imię i nazwisko lub pieczątka i podpis osoby potwierdzającej podpis pacjenta)

* Niepotrzebne skreślić