

.....  
miejsowość, data

## OŚWIADCZENIE O PŁATNOŚCI

.....  
nazwisko i imię pacjenta

.....  
adres zamieszkania

Oświadczam, że zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie za okres mojego pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie, naliczanej zgodnie z art. 4 Ustawy z dnia 30.08.2001 r. o zakładach opieki zdrowotnej; tekst jednolity Dz. U. 14 z 2007 r. poz. 89.

Jednocześnie wyrażam zgodę na:

1.\*) Potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie z otrzymanej emerytury/renty przyznanej przez

.....  
Nr świadczenia .....

2.\*) Odbiór zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej.

Przez Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie na konto

**PKO BP S.A. nr 78 1020 4795 0000 9202 0205 3262** - RMZ i OS z dnia 30.12.1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach – art. 3, Dz. U. 166/98, poz. 1965.

Opłatę za pierwszy okres pobytu zobowiązuję się uiścić w ciągu 3 (trzech) dni od daty przyjęcia oraz zobowiązuję się do uiszczania opłat za pozostałą część do 10 dnia każdego miesiąca pobytu.

.....  
czytelny podpis

\*) niepotrzebne skreślić