

.....  
*miejsowość i data***Dane pacjenta**

1. **Imię i nazwisko pacjenta:** .....
2. **Adres zamieszkania:** .....
3. **Adres korespondencyjny:** .....
4. **Numer telefonu do kontaktu:** .....

**Dane opiekuna prawnego (jeśli dotyczy)**

1. **Imię i nazwisko** .....
2. **Numer telefonu do kontaktu:** .....

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOKONYWANIA PŁATNOŚCI**

Oświadczam, że zobowiązuję się do uiszczania opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym prowadzonym przez Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku przy ulicy Juliana Węgrzynowicza 13.

Jednocześnie oświadczam, że opłaty będę wnosić\*  samodzielnie do ..... dnia każdego miesiąca na rachunek bankowy nr **50 1240 3800 1111 0000 4468 5254**  za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń-Społecznych/Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w wysokości miesięcznych należności stanowiących kwotę 250% najniższej emerytury, tj. .... złotych, nie więcej jednak niż 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy.

**ZGODA NA POTRĄCANIE PRZEZ UPRAWNIONE ORGANY EMERYTALNE, RENTOWE I/LUB POMOCY SPOŁECZNEJ  
NALEŻNOŚCI Z TYTUŁU ODPLATNOŚCI ZA POBYT W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM SPS ZOZ W LĘBORKU**

Niniejszym, na podstawie ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych oraz ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, od dnia ..... wyrażam zgodę na dokonywanie potrąceń na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Społecznej z siedzibą w Lęborku przy ul. Juliana Węgrzynowicza 13 z tytułu pobytu w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.

.....  
*podpis pacjenta*.....  
*podpis opiekuna prawnego*

\* właściwe zaznaczyć