

## OŚWIADCZENIE O NALEŻNYCH OPŁATACH

Ja :.....

legitymujący(a) się dowodem osobistym :

seria i nr.....

PESEL .....

wydanym przez .....

Wyrażam zgodę na ponoszenie kosztów wyżywienia i zakwaterowania oraz potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo–Lecznym w P.Z.O.Z. w Starachowicach ul.Batalionów Chłopskich 6, w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż 70 % mojego dochodu (świadczenia emerytalne, rentowe, zasiłek, renta socjalna\*).

Podstawa prawna: Art. 18 ustawy z dn. 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

\*) właściwe podkreślić

.....  
data i podpis osoby kierowanej do Zakładu  
Opiekuńczo-Lecznego