

Ruda Śląska, dnia.....

.....

.....

.....

(imię i nazwisko, adres)

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno- Opiekuńczym oraz na ponoszenie opłat za pobyt w tym zakładzie w wysokości 250 % najniższej emerytury jednak nie więcej niż 70 % mojego miesięcznego dochodu obliczonego zgodnie z przepisami o pomocy społecznej.

Podstawa prawna:

(Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) art.18 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych..

.....

(podpis osoby zainteresowanej)