

**OŚWIADCZENIE**

Ja..... PESEL .....  
*imię i nazwisko*

legitymujący(a) się dowodem osobistym :

seria ..... numer ..... wydanym przez .....

.....  
wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie, ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ.

.....  
numer i data wydania decyzji

Miesięczną opłatę ustala się zgodnie z art. 18 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

Wysokość opłaty odpowiada 250% najniższej emerytury , ale nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w Zakładzie.

Wyrażam zgodę (nie wyrażam zgody)\*, na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

Ponadto oświadczam, że zapoznałem/łam się z obowiązującym Regulaminem Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy Szpitala Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie.

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela lub innej upoważnionej osoby*

---

\* niepotrzebne skreślić