

ZGODA ŚWIADCZENIOBIORCY NA POTRĄCANIE OPŁATY ZA POBYT W ZOL

Wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, przez właściwy organ rentowy albo emerytalno – rentowy.

.....

miejsowość, data

.....

podpis pacjenta

Na podstawie:

- 1) Art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych.
- 2) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych.