

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 Psychiatrycznym w Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego SPZOZ w Lublinie, 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.

Za pierwszy miesiąc pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy zobowiązuję się uiścić opłaty z góry do kasy Szpitala (w dniu przyjęcia do ZOL).

Za kolejne miesiące pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy opłaty będą potrącanie na wniosek Szpitala przez odpowiedni organ ze świadczenia pacjenta.

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

.....
miejsowość i data

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

* niepotrzebne skreślić