

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i Nazwisko pacjenta

.....
PESEL

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Lidzbarku Warmińskim.
2. Wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Lidzbarku Warmińskim ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ

.....
numer i data wydania decyzji

3. Zgodnie z ustawą Pacjent przebywający w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy ponosi odpłatność w zakresie kosztów wyżywienia i zakwaterowania w wysokości 70% jego dochodu, ale nie większą niż 250% najniższej emerytury (Art. 18 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. 2021 poz. 1285 z dnia 25.06.2021r. z późn. zm.).
4. Zostałem/am zapoznany/a z Regulaminem Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w Lidzbarku Warmińskim.

.....
podpis pacjenta