

.....
(*Miejscowość, data*)

ZGODA I OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja

(*imię i nazwisko*)

.....
(*adres zamieszkania*)

1. Wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Felicjanek przy ul. Kołłątaja 7, 31-502 Kraków.
2. Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego miesięcznego dochodu (emerytury/renty) opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym (w tym koszt wyżywienia i zakwaterowania) zgodnie z Art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U.08.164.1027 z późniejszymi zmianami, a także z RMZ i OS z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo - leczniczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach Dz. U. Nr 166 z 1998r. Poz. 1265).

.....
(*Podpis osoby składającej oświadczenie lub opiekuna prawnego*)