O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisan/a/y ……………………………………………

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na ponoszenie odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, ustalonej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 1793, z późn. zm.) oraz jej potrącanie z mojej emerytury/ renty\* przez właściwy organ emerytalno-rentowy/z zasiłku stałego przez właściwy ośrodek pomocy społecznej\*

……………………………………………………………

(podpis osoby składającej oświadczenie)

…………………………………… data ………………………..

(miejscowość)

………………………………………………………….

(podpis pracownika)

\*- niepotrzebne skreślić