



OŚWIADCZENIE
OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO PONOSZENIA ODPLATNOŚCI
ZA POBYT PACJENTA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO–LECZNICZYM

Imię i nazwisko.....

Adres.....

.....

.....

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zobowiązuję się do ponoszenia odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo–Lecznicznym

Pana/i.....

(stopień pokrewieństwa: mąż, żona, syn, córka etc.)

do czasu uregulowania opłat przez właściwy organ.

Podstawa prawna: art.18 ustawy z 24.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jednolity tekst: Dz.U.z 2024r. poz.146 z późn.zm.)

.....

Data

.....

Podpis przedstawiciela ustawowego
lub innej osoby zobowiązanej