

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres
.....

O Ś W I A D C Z E N I E O P Ł A T N O Ś C I

Oświadczam, że zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie

.....
(imię i nazwisko osoby kierowanej) (stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą)

za okres pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży w Bacikach Średnich SP ZOZ w Siemiatyczach, naliczanej zgodnie z art. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. 2008.164.1027 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz sposobu odpłatności w zakładach opiekuńczych.

Jednocześnie zobowiązuję się do uiszczania opłaty w wysokości/ miesięcznie za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży w Bacikach Średnich w formie przelewu na konto SP ZOZ w Siemiatyczach w BS w Siemiatyczach nr rachunku: 59 8092 0001 0002 2288 2000 0010.

.....
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie
do zakładu lub jej ustawowego opiekuna

