…………………………..……………………...

Miejscowość, data

………….................................................

Imię i nazwisko pacjenta

.................................................................

Adres

.................................................................

**Oświadczenie**

### Wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo–Leczniczym w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach, ul. Szpitalna 54, 16-400 w wysokości w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłatanie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. (Podstawa prawna art.18, ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U.2021.1285 t.j. z dnia 2021.07.14.)

### Moim płatnikiem jest Zakład .........................................................................................

……...........................................

Podpis