

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres
.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zobowiązuję się do uiszczania opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie za okres mojego pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym / Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Augustowie, naliczanej zgodnie z art. 18 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. 2019, poz. 1373) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz sposobu odpłatności w zakładach opiekuńczych.

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