

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE

Ja.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

Wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym w Piekoszowie ul. Czarnowska 2a oraz na potrącanie z mojej emerytury/renty opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym w wysokości 70 % mojego miesięcznego dochodu, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.12.1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. 1998 nr 166, poz. 1265), a także na nie obniżanie miesięcznej odpłatności za pobyt w razie nieobecności w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym.

Zobowiązuję się również do opuszczenia Zakładu po upływie wyznaczonego terminu pobytu.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie lub opiekuna prawnego)