

.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

## OŚWIADCZENIE O PŁATNOŚCI

Oświadczam, że **zobowiązuję się** do uiszczenia opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie za okres mojego pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym „Złota Jesień” w Gdańsku ul. Hynka 12, 80-465 Gdańsk, naliczanej zgodnie z art. **18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. (Dz. U. 2008.164.1027 z późn.zm.)** (*Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej*),  
**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 opiekuna prawnego