.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O PŁATNOŚCI

.....
Nazwisko i imię pacjenta

.....
Adres zamieszkania

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowana o zasadach odpłatności za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym prowadzonym przez Szpital Joannitas w Pszczynie samorządową sp. z o.o. i zobowiązuję się do regularnego uiszczania opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie za cały okres mojego pobytu w Zakładzie na konto PKO Bank Polski 12 1020 2528 0000 0302 0486 5798 lub w kasie Szpitala naliczanej zgodnie z przepisami (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o zmianie wysokości uzyskanego dochodu. W załączeniu przekazuję dokumenty potwierdzające mój dochód. Oświadczam, że nie uzyskuję innych dochodów niż wskazane w załączonych dokumentach.

Zostałem(am) również poinformowany(a) o tym, że jeżeli pobieram dodatek pielęgnacyjny z ZUS-u w chwili przyjęcia do zakładu dodatek nie przysługuje i jestem świadomy, że mam obowiązek poinformowania organu emerytalno-rentowego o przyjęciu do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego. Nienależnie pobrany dodatek zwraca się do ZUS-u.

Opłatę za pobyt zobowiązuję się uiszczać z góry, tj. najpóźniej do 3 dni od otrzymania świadczeń wliczających się do mojego dochodu.

Wyrażam zgodę na udostępnianie organowi emerytalno-rentowemu informacji o moim pobycie w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym i udzielanie odpowiedzi na zadane przez organ pytania związane z moim pobytem w Zakładzie.

.....
Podpis pacjenta