

.....
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O PŁATNOŚCI

.....
Nazwisko i imię pacjenta

.....
Adres zamieszkania

Oświadczam, że zostałam/łam poinformowana o zasadach odpłatności za pobyt w w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym prowadzonym przez Centrum Przedsiębiorczości CP Sp. z o.o. w Szpitalu Powiatowym w Pszczynie 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).

Zostałam(am) również poinformowany(a) o tym, że jeżeli pobieram dodatek pielęgnacyjny z ZUS-u w chwili przyjęcia do zakładu dodatek nie przysługuje. Nienależnie pobrany dodatek zwraca się do ZUS-u.

Zobowiązuję się do poinformowania organu emerytalno-rentowego o przyjęciu do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego.

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

.....
Podpis świadczeniobiorcy