



ZGODA ŚWIADCZENIOBIORCY NA POTRĄCANIE OPŁATY ZA POBYT W ZOL

Wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym, 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, przez właściwy organ rentowy albo emerytalno- rentowy.

.....
miejsowość, data

.....
podpis pacjenta

Na podstawie:

1. Art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r., w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno- opiekuńczych (Dz. U. z dnia 28 czerwca 2012r.)