

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, dnia

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym/Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lwówku Śląskim przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia emerytalno – rentowego, zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

.....
*podpis**

** podpis osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego lub za zgodą tej osoby albo jej przedstawiciela ustawowego – inna osoba lub zakład opieki zdrowotnej.*

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, dnia

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę do odbioru przez w Zakład Opiekuńczo – Leczniczy /Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lwówku Śląskim należności z tytułu decyzji o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego, zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

.....
*podpis**

** podpis osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego lub za zgodą tej osoby albo jej przedstawiciela ustawowego – inna osoba lub zakład opieki zdrowotnej*