

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O PŁATNOŚCI

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
Imię i nazwisko opiekuna pacjenta (stopień pokrewieństwa)

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. w restrukturyzacji 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 dochód. Oświadczam, że nie uzyskuje innych dochodów niż wskazane w załączonych dokumentach.

Zostałem(am) również poinformowany(a) o tym, że jeżeli dodatek pielęgnacyjny z ZUS-u/ Krus-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/ Krus-u.

Opłatę za pobyt zobowiązuję się uiszczać z dołu, tj. najpóźniej do 14 dni od wystawienia faktury przez Szpital.

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 pobyt w Zakładzie.

.....
Podpis