ZGODA ŚWIADCZENIOBIORCY NA POTRĄCANIE OPŁATY ZA POBYT W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM prowadzonym przez Zgromadzenie sióstr św. Jadwigi w Katowicach Załężu.

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.

…… ……

miejscowość, 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.).