Dnia ……………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym w Dynowie w wysokości 70% mojego dochodu, zgodnie z obowiązującymi przepisami / Ustawa z dnia 27.08.2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art.18 ust.1/.

……………………………………………..

Podpis Pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta ……………………………………………………………………………….…..

PESEL ……………………………………………………………………………………………………………….

Adres …………………………………………………………………………………………………………..……