

Dnia

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w Zakładzie
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