

.....  
Nazwisko i imię

.....  
PESEL

.....  
Adres

.....  
Nr emerytury/renty

Wyrażam zgodę na potrącenie przez ZUS/KRUS/ w.....opłaty za  
pobyt w ZOL w wysokości 70% z wypłaty mojego miesięcznego świadczenia, tj.  
w wysokości:.....  
(słownie.....)  
od miesiąca .....

i przekazanie na konto bankowe **NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach sp. z o.o.**  
w Banku Spółdzielczym Ośno Lubuskie Oddział Słubice o numerze **15 8369 0008 0069  
5697 2000 0010**

Mam świadomość, iż opłata za pobyt zostanie ustalona 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.  
(Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia,  
a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w zakładzie  
opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej,  
który udziela świadczeń całodobowych, ustala się w wysokości odpowiadającej 200%  
najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70%  
miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.  
W przypadku dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców umieszczonego  
w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie  
rehabilitacji leczniczej przez sąd opłata ta wynosi nie mniej niż 200% najniższej emerytury.)

.....  
data

.....  
czytelny podpis  
pacjenta/pełnomocnika\*

\*zaznaczyć właściwe