



.....
Imię i nazwisko chorego

.....
Miejscowość i data

.....
Adres zamieszkania

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja, niżej podpisany
wyrażam zgodę na potrącenie 70% z mojego świadczenia tytułem opłaty za
pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym w NZOZ „MOŻ-MED”
w Poddębicach, zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U.2008.164.2027 z późn. zm.).

Pozostałe 30% proszę przekazywać:
na konto osobiste, jak dotychczas / do rąk własnych na adres ZOL „MOŻ-
MED” ul. Miła 27, 99-200 Poddębice.*

*- niepotrzebne skreślić

Miejscowość, data

Podpis świadczeniobiorcy

.....

.....