

Numer formularza	Wydanie Data
F-39	III 19.08.2024

Poddębice, dn.

Adres KRUS / ZUS:

.....

.....

WNIOSK

Ja, niżej podpisany proszę o potrącenie 70% z mojego świadczenia tytułem opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym 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.) i przekazanie na podany poniżej rachunek bankowy:

NZOZ „MOŻ-MED” Spółka Jawna Możdżan, ul. Miła 27, 99-200 Poddębice

Bank Spółdzielczy w Poddębicach

Numer konta: 69 9263 0000 0008 4231 2000 0002

Imię i Nazwisko:.....

PESEL:

Zamieszkała/ły:

Nr świadczenia emerytalnego:

Dzień przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego:

Pozostałe 30% proszę przekazywać:

na rachunek bankowy numer:

*- niepotrzebne skreślić

.....
Pieczęć i podpis Kierownika Zakładu

.....
Podpis pacjenta