

Numer formularza	Wydanie Data
F-39	IV 08.10.2024

Poddębice, dn.

Adres KRUS / ZUS:

.....

.....

WNIOSK

Ja, niżej podpisany proszę o potrącenie 70% z mojego świadczenia tytułem opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym w NZOZ „MOŻ-MED. 1” 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-MED1” Spółka Jawna Możdżan, ul. Miła 27, 99-200 Poddębice

Bank Spółdzielczy w Poddębicach

Numer konta: 87 9263 0000 0004 8246 2000 0001

Imię i Nazwisko:.....

PESEL:

Zamieszkała/ły:

Nr świadczenia emerytalnego:

Dzień przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego:

Pozostałe 30% proszę przekazywać:

na konto osobiste:

.....

*- niepotrzebne skreślić

.....
Pieczęć i podpis Kierownika Zakładu

.....
Podpis pacjenta