…… ……
imię i nazwisko pacjenta miejscowość i data

……

……
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany …… wyrażam zgodę na potrącenie 70% z mojego świadczenia tytułem opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo — Leczniczym w NZOZ „MOŻ-MED1" 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 osobiste konto bankowe o numerze:
……
……

miejscowość, data podpis świadczeniobiorcy

…… ……