

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA  
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*Adres zamieszkania*

.....  
*Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość*

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*podpis świadczeniobiorcy*

.....  
*/Imię i nazwisko/*

*Data* .....

.....  
*/Adres /*

**OŚWIADCZENIE O ODPLATNOŚCI**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie z mojego świadczenia emerytalnego/ rentowego /zasiłku stałego/ opłaty za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym s.c. w Janowie Lubelskim, naliczanej zgodnie z art.18 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dn. 27 sierpnia 2004r. (Dz.U. 2008.164.1027 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Oświadczam, że moje dochody nie są zajęte postępowaniem komorniczym.

Proszę o przesyłanie pozostałej części świadczenia na adres:

.....  
(nazwisko i imię świadczeniobiorcy)

ul. Zamoyskiego 77.

23-300 Janów Lub.

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

.....  
*podpis świadczeniobiorcy*