

**OŚWIADCZENIE**  
**O PRZYJĘCIU ZOBOWIĄZAŃ WOBEC POWIATOWEGO CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O.**  
**24-300 OPOLE LUBELSKIE, UL. PRZEMYSŁOWA 4 A**  
**ZA POBYT W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM**

**Składający oświadczeni – opiekun prawny\*, opiekun faktyczny\*, członek rodziny\***

Imię i nazwisko, adres do korespondencji składającego niniejsze oświadczenie woli:

.....

.....

.....

(PESEL)

.....

(Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Oświadczam, że zobowiązuję się do poniesienia opłat za wyżywienie i zakwaterowanie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Powiatowego Centrum Zdrowia spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 24-300 Opole Lubelskie, ul. Przemysłowa 4a.

Pana/Pani\* .....

(imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

PESEL świadczeniobiorcy .....

.....

(adres wraz z kodem pocztowym)

ustalonych na podstawie przepisu art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 roku, poz. 1285) zgodnie z którym świadczeniobiorca przebywający w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowani. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Dokonać zapłaty opłat za wyżywienie i zakwaterowanie wyżej wymienionego świadczeniobiorcy, w sytuacji gdy podmiot wskazany przez świadczeniobiorcę, w oświadczeniu złożonym w dacie przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznym Powiatowego Centrum Zdrowia spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 24-300 Opole Lubelskie, ul. Przemysłowa 4a, nie dokona zapłaty za te świadczenia.

Podstawę dokonania zapłaty stanowi faktura, wystawiona przez Powiatowe Centrum Zdrowia spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 24-300 Opole Lubelskie, ul. Przemysłowa 4a, określająca termin płatności.

Forma zapłaty: przelew na konto Powiatowego Centrum Zdrowia spółka z ograniczoną odpowiedzialnością nr **06 8735 0007 0008 8981 2000 0010** lub gotówką.

.....

(składający oświadczenie woli)

.....

(Podpis Członka Zarządu Powiatowego Centrum Zdrowia sp. z o.o. lub osoby upoważnionej)

\* niepotrzebne skreślić



