

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania

Zgoda

na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczo – leczniczym przez właściwy organ

W związku ze złożonym skierowaniem do zakładu opiekuńczo - leczniczego **wyrażam zgodę** na potrącanie opłaty za mój pobyt w zakładzie, w wysokości ustalonej przez Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej /Zespół/ w Dobrym Mieście, przez:

- właściwy organ rentowy/emerytalno – rentowy z mojego świadczenia wypłacanego przez ten organ,
- właściwy organ uprawniony do przyznawania zasiłku stałego – z przyznanego zasiłku,
- inny organ, od którego otrzymuję świadczenia.

Jednocześnie **oświadczam**, że w przypadku gdy kwota przekazana na konto Zespołu przez w/w organy będzie niższa niż kwota ustalonej opłaty miesięcznej za pobyt lub opłata nie wpłynie, **zobowiązuję się** do wpłacenia różnicy tych kwot/tej kwoty do kasy lub na konto Zespołu.

.....
Podpis świadczeniobiorcy