



Załącznik nr 10 do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

.....
Imię i nazwisko

Szprotawa, dnia.....

.....
Miejsce zamieszkania

.....

Prezes Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o.

Zwracam się z uprzejmą prośbą o umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o.

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojej emerytury, renty, zasiłku stałego części kosztów pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o. zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Miesięczny mój dochód wynosi:

Miesięczny dochód w mojej rodzinie wynosi:.....

Miesięczna opłata wynosi 70 % dochodów.

.....

(podpis Wnioskodawcy)

.....

(podpis członka rodziny lub opiekuna)

.....

Potwierdzenie zgodności podpisów przez
lekarza lub inną uprawnioną osobę