

Włodawa, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

.....

.....

.....

.....

(Nazwa i adres organu wypłacającego świadczenie)

OŚWIADCZENIE

Informuję, że od dnia przebywam w Zakładzie Pielęgnacyjno Opiekuńczym prowadzonym przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie 22-200 Włodawa Al. Józefa Piłsudskiego 64.

Proszę o potrącanie z moich świadczeń opłaty za pobyt (koszty wyżywienia i zakwaterowania) w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SP ZOZ we Włodawie w wysokości 70% z wypłaty mojego miesięcznego świadczenia (świadczenie emerytalne, rentowe, zasiłek, renta socjalna *) i przekazywanie na konto Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie prowadzone przez VeloBank S.A. **Nr 06 1560 0013 2004 6508 1000 0001**

Wyrażam zgodę na udostępnienie organowi emerytalno-rentowemu informacji o moim pobycie w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym i udzielania odpowiedzi na zadane pytania przez organ związane z moim pobytem w Zakładzie.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem wewnętrznym ZPO SPZOZ we Włodawie stanowiącym Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr5/DA/10/2023

.....

(czytelny podpis)

***właściwe podkreślić**