

Września, dnia

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejsce zamieszkania

Prezes Zarządu

"Szpitala Powiatowego we Wrześni" Sp. z o. o.

Zwracam się z wnioskiem o przyjęcie i umieszczenie mojej osoby w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym "Szpitala Powiatowego we Wrześni" Sp. z o. o.

Składając niniejszy wniosek wyrażam zgodę na:

1. Potracenie z mojej emerytury, renty, zasiłku stałego części kosztów pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym "Szpitala Powiatowego we Wrześni" Sp. z o. o. zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
2. Uiszczenie pozostałej opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym (5% mojego miesięcznego dochodu);
3. Uiszczenia całej opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, w przypadku braku wpływu opłaty na konto bankowe Szpitala, z właściwego organu rentowego lub ośrodka pomocy społecznej.

Oświadczam niniejszym, iż:

Mój miesięczny dochód wynosi:

Jest mi również wiadomym, iż miesięczna opłata za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym wynosi 70% uzyskiwanych przeze mnie dochodów.

Zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Szpitala o każdorazowej zmianie wysokości uzyskiwanego przeze mnie dochodu.

.....
(Wnioskodawca)

.....
(członek rodziny lub opiekun)

.....
(potwierdzenie zgodności podpisów
przez lekarza lub inną uprawnioną osobę)