

Imię i Nazwisko.....

Adres.....

.....

.....

.....

### O Ś W I A D C Z E N I E

#### **Osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy SPZ ZOZ w Nowej Dębie**

Ja , niżej podpisany/a , oświadczam , że na podstawie obowiązujących przepisów prawa ,  
zobowiązuję się do ponoszenia odpłatności za pobyt w ZOL w Nowej Dębie Pan/i

..... :stopień pokrewieństwa: żona, mąż, inna  
osoba zobowiązana.

Podstawa prawna: art.18 ustawy z 24.08.2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej  
finansowanych za środków publicznych (jedn.tekst Dz.U. z 2008r nr 164 , poz.1027 z  
późn.zmianami).

.....

data

.....

podpis osoby ubiegającej się o skierowanie  
lub przedstawiciela ustawowego albo innej  
osoby zobowiązanej