

Załącznik Nr 2
do Regulaminu ZOL

.....
Nazwisko i imię

.....

.....
Adres

.....
Nr emerytury/renty

Wyrażam zgodę na potrącenie przez ZUS w.....opłaty za pobyt
w ZOL w wysokości 70% z wypłaty mojego miesięcznego świadczenia, tj:.....
(słownie.....)
i przekazanie na konto nr 07 1240 2744 1111 0000 3990 9648 Samodzielnego Publicznego
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie.

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta

Stwierdzam zgodność podpisu:

.....
Kierownik ZOL