

Nowogrodziec, 14.01.2025 r.

DEKLARACJA OPŁATY ZA POBYT
W DOMU OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ

Ja, niżej podpisana/y:

.....

.....,

nr tel. kontaktowego:

.....

zam.:

zobowiązuję się do wnoszenia proporcjonalnej opłaty za pobyt pacjenta/ki:

.....PESEL.....

w łącznej wysokości odpowiednio: **5 500,00 (słownie: pięć tysięcy pięćset złotych 00/100) miesięcznie**, na konto SP ZOZ w Nowogrodźcu przy ul. A. Asnyka 55, 59-730 Nowogrodziec: **91 1090 1939 0000 0005 1604 5159**, w terminie: do 7 dnia każdego miesiąca „z góry” za dany miesiąc. Za niepełny miesiąc opłata jest proporcjonalna do liczby przebytych dni.

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą upoważnioną do prowadzenia spraw związanych z pacjentem.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia.

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie