



Imię i Nazwisko.....

Kraśnik, dnia.....

PESEL:

Adres

**SPZOZ Kraśnik
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
ul. Chopina 13
23-200 Kraśnik**

OŚWIADCZENIE PACJENTA O WYSOKOŚCI DOCHODU

Stosownie do art.18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021, poz. 1285 z późn. zm.) oświadczam, że moim dochodem będącym podstawą do ponoszenia odpłatności tytułem kosztów wyżywienia i zakwaterowania w Zakładzie Pielęgnacyjno -Opiekuńczym SPZOZ w Kraśniku jest w wysokości netto zgodnie z decyzją

Innych przychodów zaliczanych do dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznejnie posiadam.

(imię i nazwisko)

.....
/ podpis pacjenta/tki /