Rypin, dnia……………………………….

**SP ZOZ**

**Zakład Opiekuńczo- Leczniczy**

**Ul. 3 Maja 2**

**87- 500 Rypin**

**Oświadczenie**

Stosownie do art. 18. Ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( DZ. U. Z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z późń. zm.) oświadczam, że moim dochodem będącym podstawą do ponoszenia odpłatności tytułem kosztów wyżywienia i zakwaterowania w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Rypinie

jest ………………………………… ………………………………..

w wysokości…………………………………………………………………...

zgodnie z decyzją ………………………………………………………….

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

………………………………..

Podpis pacjenta/ki