Rypin, dnia …….........……………

**Oświadczenie Woli**

/złożone stosownie do art. 70 Kodeksu Cywilnego o przyjęciu zobowiązań wobec Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego w Rypinie **Składający Oświadczenie Woli**

…………………………………………………………………...............…………………………….

/imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia/

………………………………………………………………….............……………………………...

/miejsce zamieszkania/

…………………………………………………………………...........……………………………….

/nr i seria dowodu osobistego, nr PESEL/

W związku z wydanym przez ...............................................................................................................

.......................................................................................................................................skierowaniem z dnia …………………………… Pani/Pana ………….........…........………………………………..

do Zakładu Opiekuńczo- leczniczego w Rypinie działając jako przedstawiciel ustawowy osoby skierowanej /za zgodą osoby skierowanej\*/ składam oświadczenie woli o przyjęciu przez siebie wobec Zakładu następujących zobowiązań wynikających z obowiązujących przepisów prawnych:

**1)** do uiszczania należnych opłat tytułem kosztów wyżywienia i zakwaterowania Pani/Pana ………….....…………......………………………. za okres od dnia przyjęcia do dnia przekazania pierwszej opłaty za pobyt przez właściwy organ emerytalno-rentowy, który na podstawie zgody osoby skierowanej będzie dokonywał potrącenia opłaty ze świadczenia emerytalno-rentowego, zgodnie z odrębnymi przepisami – najpóźniej w dniu przyjęcia\*,

**2)** do uiszczenia należnej opłaty stanowiącej różnicę między dopuszczalną kwotą potrącenia przez organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego osob

**3)** do uiszczenia należnej opłat tytułem kosztów wyżywienia i zakwaterowania Pani/Pana ……………....……………………………... w zakładzie w przypadku zgonu w miesiącu kalendarzowym, za który organ emerytalno-rentowy zgodnie z odrębnymi przepisami nie przekazał Zakładowi opłaty potrąconej ze świadczenia emerytalno-rentowego /dot. sytuacji wygaśnięcia prawa do świadczenia z dniem zgonu/\*.

Do spełnienia świadczeń wynikających z w/w przyjętych zobowiązań zobowiązuję się osobiście.

\* niepotrzebne skreślić

 **Zobowiązany/na**

 …………………………