

**OŚWIADCZENIE WOLI O PRZYJĘCIU ZOBOWIĄZAŃ WOBEC
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY
WENTYLOWANEJ MECHANICZNIE**

BetaMed S.A. Medical Active Care w Chorzowie ul. Raławicka 20a

(złożone stosownie do art. 70 Kodeksu Cywilnego)

SKŁADAJĄCY OŚWIADCZENIE WOLI

Imię i nazwisko

PESEL

Seria i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Kod pocztowy

Adres

Działając jako opiekun prawny* / za zgodą osoby kierowanej* / w imieniu własnym* składam oświadczenie woli o przyjęciu na siebie zobowiązań wynikających z aktualnych przepisów prawa w związku z pobytem dziecka / podopiecznego

Imię i nazwisko

PESEL

Seria i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla Dzieci i Młodzieży Wentylowanych Mechanicznie BetaMed S.A. Medical Active Care w Chorzowie ul. Raławicka 20a . Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się do dokonywania opłat za wyżywienie i zakwaterowanie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w wyżej wymienionym zakładzie w wysokości 200% najniższej emerytury, nie więcej niż 70% dochodu miesięcznego w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2015r Nr 0 poz 581) nonrza ** .

1) wyrażenie zgody na dokonywanie potrąceń z dochodów wypłacanych przez

ZUS / KRUS / MOPR / MOPS / GOPS **, INNE (jakie)

2) dokonywanie opłat za wyżywienie i zakwaterowanie do 25 dnia każdego miesiąca na konto bankowe

Oświadczam, że środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich. Do spełnienia świadczeń wynikających z powyższych zapisów zobowiązuję się osobiście.

Zobowiązany

Imię i nazwisko

* właściwie podkreślić

** podkreślić 1 lub 2