

DATA

**OŚWIADCZENIE WOLI O PRZYJĘCIU ZOBOWIĄZAŃ WOBEC ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
dla DZIECI i MŁODZIEŻY WENTYLOWANEJ MECHANICZNIE**
BetaMed S.A. Medical Active Care w Chorzowie ul. Raclawicka 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 Wentylowanej mechanicznie BetaMed S.A. Medical Active Care w Chorzowie ul. Raclawicka 20a . Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się do dokonywania opłaty 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 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U.z 2015r Nr 0 poz 581) poprzez : *

1.

wyrażenie zgody na dokonanie potrąceń z dochodów wypłacanych przez :
ZUS / KRUS / MOPR / MOPS / GOPS * , INNE (jakie)

2.

dokonanie opłat za wyżywienie i zakwaterowanie do 25-go 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

* właściwie podkreślić

imię i nazwisko