



NOWY SZPITAL

Załącznik nr 10 do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Grupa Nowy Szpital



.....
Imię i nazwisko

Wschowa, dnia.....

.....
Miejsce zamieszkania

.....

Prezes Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o.o.

Zwracam się z uprzejmą prośbą o umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym/
Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym PWM Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o.o.

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojej emerytury, renty, zasiłku stałego części kosztów
pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym/Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym PWM Nowy Szpital we
Wschowie Sp. z o.o. zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Miesięczny mój dochód wynosi:.....

Miesięczny dochód w mojej rodzinie wynosi:.....

Miesięczna opłata wynosi 70 % dochodów.

.....

(podpis Wnioskodawcy)

.....

(podpis członka rodziny lub opiekuna)

.....

Potwierdzenie zgodności podpisów przez
lekarza lub inną uprawnioną osobę