

[•] dnia [•]

[•] Organ rentowy albo emerytalno-rentowy

Imię i nazwisko [•]

PESEL [•]

Adres zamieszkania [•]

### **Zgoda na potrącanie opłaty za pobyt w ZOL**

Niniejszym wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym w Wąbrzeźnie na rzecz spółki Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o., ul. Wolności 27, 87-200 Wąbrzeźno przez [•] *należy wskazać właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy* z mojej renty/emerytury w wysokości wskazanej w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2024.146 t.j. z dnia 2024.02.06, z późn. zm.).

.....

Podpis