

.....
Nazwisko i imię świadczeniobiorcy

.....
Miejscowość, data

.....

.....
adres zamieszkania

.....
Nazwa organu emerytalno-rentowego

.....
Nr świadczenia emerytalno-rentowego

ZGODA ŚWIADCZENIOBIORCY

Ja wyżej wymieniona/y wyrażam zgodę (po przyjęciu mnie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego) na potrącanie* z mojego świadczenia emerytalnego-rentowego opłaty za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Stalowej Woli (zgodnie z obliczeniem przez kierownika tej placówki) i przesyłanie jej na konto Banku PKO BP S.A. Oddział w Stalowej Woli nr 52 1020 4939 0000 0902 0004 3588., a pozostałą sumę na adres zakładu / dotychczasowy adres zamieszkania / dotychczasowe konto bankowe**.

.....
Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego

* Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

** Niepotrzebne skreślić.