



ZAKON POSŁUGUJĄCYCH CHORYM
OJCOWIE KAMILIANIE

- P O D M I O T L E C Z N I C Z Y -

.....
miejsowość i data

.....
Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o skierowanie do Kamiliańskiego Centrum
Opiekuńczo-Leczniczego lub jego przedstawiciela ustawowego

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

.....
Numer świadczenia

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na pobieranie z otrzymywanego przeze mnie świadczenia odpłatności za
pobyt w Kamiliańskim Centrum Opiekuńczo-Lecznicznym¹ w.....

.....
czytelny podpis

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej (art. 233 KK) za zatajenie prawdy lub
poświadczenie nieprawdy.

.....
czytelny podpis

*Do podania dołączam odcinek emerytalny/rentowy/inny² z ostatniego miesiąca oraz
aktualną decyzję emerytalną/rentową/inną².*

¹ Podstawa prawna: art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 r. poz. 1285); § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. 2022 r. poz. 1755).

² niepotrzebne skreślić