

..... , dnia .....  
(miejscowość)

## **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na uiszczanie opłaty za pobyt w Głogowskim Szpitalu Powiatowym w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym w Głogowie, ul. Kościuszki 15a.

Miesięczną opłatę za pobyt w Zakładzie ustala się w oparciu o przedłożone dokumenty w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej (zgodnie z art. 34a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz.408 ze zmianami).

.....  
(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie,  
jej przedstawiciela ustawowego, innej osoby)

---

### **Dane dotyczące członków najbliższej rodziny, opiekuna.**

1. .... zamieszkała/y .....  
(imię i nazwisko)  
..... tel. domowy .....  
tel. do pracy ..... tel. kom. ....
  
2. .... zamieszkała/y .....  
(imię i nazwisko)  
..... tel. domowy .....  
tel. do pracy ..... tel. kom. ....
  
3. .... zamieszkała/y .....  
(imię i nazwisko)  
..... tel. domowy .....  
tel. do pracy ..... tel. kom. ....