

Rypin, dnia.....

**SP ZOZ**

**Zakład Opiekuńczo- Leczniczy**

**Ul. 3 Maja 2**

**87- 500 Rypin**

### **Oświadczenie**

Stosownie do art. 18. Ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( DZ. U. Z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oświadczam, że moim dochodem będącym podstawą do ponoszenia odpłatności tytułem kosztów wyżywienia i zakwaterowania w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Rypinie

jest .....

w wysokości.....

zgodnie z decyzją .....

Innych przychodów zaliczanych do dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej nie posiadam.

.....

Podpis pacjenta/ki