

Imię i Nazwisko.....

Adres.....

.....

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie przez właściwy organ emerytalno – rentowy opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Sokołowsku/ Rościszowie z mojego **świadczenia emerytalno – rentowego**, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Podstawa Prawna: § 8 pkt 3 ppkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych (Dz.U.2012.731).

.....

Miejscowość i data

.....

(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego)