

.....
Miejscowość, data.....
Imię i nazwisko

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

lub

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

.....
Data i miejsce urodzenia

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kod pocztowy

Adres

OŚWIADCZENIE

Proszę, aby po potrąceniu opłat należnych z tytułu pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym [art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 roku Nr 164, poz. 1027 z późn.zm.)] przez ZUS/KRUS [art. 139 ust. 1 pkt 10 i art. 140 ust. 4 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2009 roku Nr 153, poz. 1227 z późn.zm.)] lub inne uprawnione instytucje, pozostałą należność, bądź też powstałe w trakcie rozliczeń nadpłaty (o ile takie powstaną):

- przesłać na moje konto w Banku.....
.....*
(nazwa banku, nr konta)

- przesyłać na adres: Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie Zakład Opiekuńczo-Leczny, ul. Grodzka 45, 38-400 Krosno; *

- przesyłać, po potrąceniu kosztów przesyłki, na mój adres domowy.*

Upoważniam Pana/ią.....

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

lub

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

zamieszkałego/ią..... do:

1) pobierania części mojej emerytury / renty / innego dochodu* pozostałego po pobraniu opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczny Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie [podstawa prawna: art. 130 ust. 1÷2a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2009 roku Nr 153, poz. 1227 z późn.zm.)],

2) pobrania, w przypadku mojej śmierci, nadpłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczny Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie (o ile taka powstanie).

.....
Podpis pacjenta

* Właściwe podkreślić



.....
Miejscowość, data

UPOWAŻNIENIE

Składające oświadczenie woli

Ja, niżej podpisana/y
Imię, nazwisko

PESEL

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Adres zamieszkania

upoważniam

**Zakład Opiekuńczo – Lecznicy Wojewódzkiego
Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Rośnie**

do występowania w moim imieniu do instytucji/podmiotów, z których uzyskuję dochód, z wnioskiem o informację o uzyskiwanych przeze mnie dochodach i uwzględnianiu pozyskanych informacji przy ustalaniu odpłatności.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany, że niniejsze upoważnienie nie zwalnia mnie z obowiązku informowania ZOL o każdej zmianie wysokości moich dochodów.

.....
Zobowiązany

.....
W imieniu ZOL