

**Załącznik nr 2 do  
Procedury ustalania odpłatności**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
.....  
.....  
(imię i nazwisko, adres  
przedstawiciela ustawowego - rodzica)

**OŚWIADCZENIE**

W związku z planowanym przyjęciem małoletniej/małoletniego\*

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

data urodzenia ..... w .....  
(miejsce urodzenia)

do prowadzonego przez Ośrodek Leczniczo – Rehabilitacyjny „Pałac Kamieniec” sp. z o.o. Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży, oświadczam, że zapoznałem/ zapoznałam\* się z Procedurą Ustalania Odpłatności w Zakładzie, nie wnoszę w tym zakresie zastrzeżeń, oraz zobowiązuję się do ponoszenia odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie na zasadach w niej określonych (zgodnie z w art. 18 ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938).

.....  
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego – rodzica)

\* niepotrzebne skreślić