

.....
(miejscowość, data)

.....
.....
.....
(dane Powiatu lub innego organu
zobowiązanego do ponoszenia odpłatności)

OŚWIADCZENIE

W związku z Postanowieniem Sądu o skierowaniu 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, informuję, iż zgodnie z art. 18 ust. 2 zdanie drugie i 3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938), właściwym podmiotem do ponoszenia odpłatności za pobyt małoletniej/małoletniego* w Zakładzie jest

.....
.....
(nazwa i adres właściwego organu/ instytucji)

W imieniu ww. organu zobowiązuje się do ponoszenia kosztów związanych z pobytem i zakwaterowaniem dziecka w Zakładzie w wysokości **5.515,91 zł** miesięcznie.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/ zapoznałam* się z Procedurą Ustalania Odpłatności w Zakładzie i nie wnoszę w tym zakresie zastrzeżeń.

.....
(data i czytelny podpis przedstawiciela Powiatu
lub innego organu zobowiązanego do ponoszenia odpłatności)

* niepotrzebne skreślić