

.....  
(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 **6.401,39 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