

SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY
im. prof. Adama Grucy CMKP
05-400 Otwock, Konarskiego 13
NIP 523-16-62-948 REGON 000290156

OŚWIADCZENIE PACJENTA
O POKRYCIU KOSZTÓW TRANSPORTU

Przyjmuję do wiadomości, że lekarz wystawiający zlecenie na transport sanitarny, ze względu na mój stan zdrowia, zakwalifikował mnie do *transportu częściowo odpłatnego (pokrywam 60% kosztów transportu) / transportu w całości odpłatnego (pokrywam 100% kosztów transportu)*¹.

Zobowiązuję się do zapłaty kosztów transportu sanitarnego na rzecz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. A. Grucy CMKP w wysokości stanowiącej iloczyn liczby kilometrów do miejsca przeznaczenia i z powrotem oraz obowiązującej w szpitalu stawki za 1 kilometr.

.....
(data i czytelny podpis)

Podstawa prawna:

- art. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.),
- §7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. 2023 r. poz. 870 z późn. zm.),
- §5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz. U. 2016 r. poz. 357 z późn. zm.).

1 Niepotrzebne skreślić