

SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O.
ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY

OŚWIADCZENIE

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na potrącenie opłaty w kwocie 70% z mojego dochodu za pobyt z Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym.

Podpis świadczeniobiorcy

Pozostałe 30% proszę przesłać na:

.....
.....

Podpis świadczeniobiorcy