



OŚWIADCZENIE

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania

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

Data

Podpis świadczeniobiorcy