

.....
Imię i Nazwisko

.....

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na potrącanie 70% mojego miesięcznego świadczenia z tytułu opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Paczkowie.

.....
Podpis