

## OŚWIADCZENIE

Ja ..... legitymujący(a) się  
dowodem osobistym seria i nr.....PESEL .....  
wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Piłe,  
przy ul. Królewskiej 8, ze świadczenia przyznanego mi przez odpowiedni organ.

.....  
data i podpis osoby kierowanej do Zakładu  
Opiekuńczo-Leczniczego