

.....
miejsowość, data

.....
nazwisko i imię osoby
skierowanej do zakładu opiekuńczego
(lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....
adres

.....
nr telefonu (osoby do kontaktu)

.....
(nr świadczenia oraz nazwa instytucji wydającej ubezpieczenie)

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności związanych z pobytem w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej ul. Skłodowskiej 15, 16-200 Dąbrowa Białostocka.

.....
podpis

Jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej (art. 233 KK) za zatajenie prawdy, lub poświadczenie nieprawdy.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

Do podania dołączam odcinek emerytury (renty) z ostatniego miesiąca.