

.....  
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