

OŚWIADCZENIE

Ja.....

legitymujący (a) się dowodem osobistym:

seria.....nr.....PESEL.....

wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo

Leczniczym ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ.

Wyrażam zgodę (nie wyrażam) na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się do Zakładu

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis