

## OŚWIADCZENIE

**Ja Ewelina Koza**

legitymujący (a) się dowodem osobistym:

seria **ABC** nr **123456** PESEL **12345678910**

wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo

Lecznicznym ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ.

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

*Mrągowo 15.06.2016 r.*  
Miejscowość i data

*Ewelina Koza*  
Podpis