

.....  
Imię i nazwisko chorego

.....  
Miejscowość i data

.....  
Adres zamieszkania

## O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na potrącanie 70% z mojego świadczenia tytułem opłaty za  
pobyt w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicy.

Pozostałe 30% proszę przekazywać : na konto osobiste, jak dotychczas / do rąk własnych na  
adres Zakładu –Sieradz ul. Nenckiego 2 / do depozytu –Sieradz ul. Armii Krajowej 7 , zgodnie  
z upoważnieniem .\*

\* Niepotrzebne skreślić

.....  
Podpis chorego