

Kraków,

.....
(Nazwisko i Imię)

.....
(Data urodzenia)

.....
(Miejsce zamieszkania)

.....
(Nr renty/emerytury)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wyrażam zgodę na pobyt w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „PASTERNIK” Sp. z o.o. w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym oraz na odpłatność za pobyt zgodnie z obowiązującymi przepisami i ustaleniami z Dyrekcją Zakładu. Opłatę tą uiszczać będę regularnie, z góry w okresach miesięcznych.

.....
(Podpis osoby składającej oświadczenie)

DANE OSOBY, W OBECNOŚCI KTÓREJ ZŁOŻONO PODPIS:

..... Imię i nazwisko	 Nr dowodu osobistego	 PESEL
--------------------------	-------------------------------	----------------