

.....  
imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
PESEL

.....  
adres zamieszkania  
.....

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na odbiór przez Zakład Opiekuńczo – Lecznicy w Nowym Targu należności pozostałej po potrąceniu przez właściwy organ rentowy lub emerytalno rentowy opłaty za pobyt w zakładzie, z mojego świadczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis świadczeniobiorcy