

.....  
imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
PESEL

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

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na odbiór należności przez Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Nowym Targu z mojego **zasiłku stałego wyrównawczego/ renty socjalnej\***, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis świadczeniobiorcy