

.....  
imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
PESEL

.....  
adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie przez właściwy organ emerytalno – rentowy opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym w Nowym Targu z mojego **świadczenia emerytalno – rentowego**, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis świadczeniobiorcy