



.....
Imię i nazwisko Świadczeniobiorcy

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

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

Rodzaj świadczenia:

Numer świadczenia:

Nowy Targ, dnia

.....
Podpis Świadczeniobiorcy /
przedstawiciela ustawowego Świadczeniobiorcy

.....
Pieczęć i podpis osoby przyjmującej oświadczenie