



.....
Imię i nazwisko Świadczeniobiorcy

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie przez Ośrodek Pomocy Społecznej 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