

.....
miejsowość , data

.....
nazwisko i imię osoby ubiegającej się
o skierowanie do Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego
w Krynkach (lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na potrącenie należności związanych z pobytem w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Pielęgnacyjno –Opiekuńczym w Krynkach ze świadczenia emerytalno – rentowego, zasiłku wyrównawczego, renty socjalnej *

.....
.....
(imię i nazwisko osoby kierowanej oraz adres zamieszkania i nr świadczenia)

O zasadach odpłatności jestem poinformowany/a i o każdorazowej zmianie dochodów zobowiązuję się poinformować Kierownika Zakładu. Do świadczenia dołączam decyzję ustalającą wysokość świadczenia .

Oświadczam, że znana jest mi treść art.233 kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy znajdującej zastosowanie w przedmiotowym oświadczeniu.

.....
czytelny podpis

niepotrzebne skreślić*