

DANE OSOBOWE NA PODSTAWIE DOWODU OSOBISTEGO

IMIĘ I NAZWISKO.....

IMIONA RODZICÓW.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA.....

PESEL.....

NR. I SERIA DOWODU OSOBISTEGO.....

OŚWIADCZENIE

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie z renty/emerytury
należnej kwoty za pobyt*

*w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym / Zakładzie Opiekuńczo-
Lecznicznym przy NZOZ-Strzelińskie Centrum Medyczne Sp.z o.o*

Podpis

WAŻNE ! Nazwa i dokładny adres Przychodni do której został zadeklarowany
Pacjent (lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego pacjent złożył
deklarację wyboru)- **PIECZĄTKA PRZYCHODNI.**