

.....
imię i nazwisko miejscowość,

.....
data

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

ZOBOWIĄZANIE

Ja..... zobowiązuję się do dobrowolnego uiszczania należności wyliczonej z mojej emerytury*/renty*/zasiłku stałego*/zasiłku pielęgnacyjnego* za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy / Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. z siedzibą w Lwówku Śląskim.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

* niepotrzebne skreślić