

.....  
miejsowość, data

.....  
nazwisko i imię osoby ubiegającej się o  
skierowanie do zakładu opiekuńczego

.....  
adres

.....  
PESEL

## Oświadczenie

Wyrażam zgodę na potrącenie należności związanych z pobytem w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokółce ze świadczenia emerytalno-rentowego, zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej, inne\*.

.....  
( nr świadczenia)

.....  
czytelny podpis

niepotrzebne skreślić\*