



**ZAKŁAD OPIEKUŃCZO- LECZNICZY SP ZOZ CZŁUCHÓW
DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE**

SZCZECIŃSKA 31; 77-300 CZŁUCHÓW

TEL. SEKRETARIAT 59 71 42 341

www.spzoz-czluchow.pl

Człuchów dn.

OŚWIADCZENIE

Ja
.....

legitymujący się dowodem osobistym, seria nr

PESEL wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt

w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla osób wentylowanych w Człuchowie ul. Szczecińska 31,

ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ. (Dz. U. Nr 1265 z 30.12.1998r)

.....
podpis

Człuchów dn.

OŚWIADCZENIE

Ja
.....

legitymujący się dowodem osobistym, seria nr

PESEL wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt

w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla osób wentylowanych w Człuchowie ul. Szczecińska 31,

ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ. (Dz. U. Nr 1265 z 30.12.1998r)

.....
Podpis