

## OŚWIADCZENIE

Ja.....  
legitymujący się *dowodem osobistym*, seria..... nr.....  
PESEL.....wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za  
w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Człuchowie ul. Szczecińska 31,  
ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ.

.....  
podpis