

Data

ZOBOWIĄZANIE

Ja

Legitymująca/y się dowodem osobistym seria..... nr.....

PESEL:

Zamieszkała/ły

.....
zobowiązuję się do zapłaty za pobyt Pani/ Pana ... (dane osoby umieszczonej w
Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym SP ZOZ Człuchów)

.....
.....
.....
w Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym SP ZOZ Człuchów od daty przyjęcia do
momentu przekazywania 70% świadczenia przez organ odpowiednio
uprawniony .

.....
podpis

Świadczenie za pobyt 70% w ZOL zawsze jest przekazywane od nowego
miesiąca **nie tego** co dana osoba została przyjęta.