



Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Łęcznej

Załącznik nr 4

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym w Łęcznej przez właściwy organ emerytalno – rentowy z mojego świadczenia emerytalno-rentowego.

.....
Podpis pacjenta