

.....
miejsowość, data

.....
nazwisko i imię osoby ubiegającej się o
skierowanie do zakładu opiekuńczego
(lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....
adres

.....
nr telefonu

.....
nr świadczenia

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności związanych z pobytem w:

/wskazać zakład opiekuńczy, do którego osoba ubiega się o skierowanie/

1) Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokółce

2) Samodzielnym Publicznym Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Krynkach

zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

.....
podpis

Jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej (art. 233 KK) za zatajenie prawdy,
lub poświadczenie nieprawdy.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

Do podania dołączam odcinek emerytury (renty) z ostatniego miesiąca.