

.....
Imię i nazwisko pacjenta
PESEL

.....
Miejscowość i data

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Niniejszym informuję, że moim przedstawicielem ustawowym (opiekunem prawnym, kuratorem) jest : Nazwisko i mię
PESELSeria i nr dowodu osobistego
adres zamieszkania :
W/w osoba będzie pokrywała koszty mojego pobytu w Zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym w Koszalinie ul. Niepodległości 44-48.

.....
*Podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela
ustawowego lub sądu opiekuńczego*