

Lublin.....,dnia.....

.....
Imię i Nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Nr dowodu osobistego

.....
Nr PESEL

OŚWIADCZENIE

Wnoszę o terminowe regulowanie miesięcznych odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym z przyznanego mi świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji w wysokości 70% ww świadczenia.

Proszę o przekazanie wskazanej kwoty, co miesiąc przez okres mojego pobytu, na rachunek Szpitala Neuropsychiatrycznego o numerze: 08 8025 0007 0710 1863 2000 0010.

.....
(podpis)