

Słupca, dnia .....

**ZGODA PACJENTA NA POTRĄCANIE OPŁATY ZA POBYT  
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM  
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W SŁUPCY**

Ja (imię/imiona) ..... nazwisko .....  
nazwisko rodowe ..... imiona rodziców .....  
miejsce urodzenia ..... numer dowodu  
osobistego ..... PESEL ..... wyrażam  
zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie ze świadczenia przyznanego mi przez odpowiedni  
organ.

.....

data i podpis Pacjenta