

.....  
miejsowość i data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie z renty – emerytury należnej kwoty za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym.

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres

.....  
nr dowodu osobistego

.....  
podpis