SZPITALE TCZEWSKIE SA

Gniew, dnia …….

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja, niżej podpisany/a: ……,

zamieszkały/a: ……..……,

pesel: ……, seria i nr dowodu osobistego: …….…….…,

będący/a opiekunem faktycznym lub inną osobą działającą w imieniu pacjenta pana/i:

….....,

pesel: .....,

zamieszkałej: ….....,

oświadczam, iż będę ponosić koszty zakwaterowania i wyżywienia w ZOL w okresie pobytu w/w osoby.

.....

czytelnie imię i nazwisko