

.....  
miejsowość, data

.....  
nazwisko i imię osoby ubiegającej się o  
skierowanie do Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego w Krynkach  
(lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....  
adres

.....  
nr telefonu

.....  
nr świadczenia

## Oświadczenie

Wyrażam zgodę na wnoszenie opłaty za pobyt w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Krynkach, zgodnie z przepisami.

.....  
podpis

Jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej (art. 233 KK ) za zatajenie prawdy, lub poświadczenie nieprawdy.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis

Do podania dołączam odcinek emerytury (renty) z ostatniego miesiąca .