

Gdańsk, dnia

Zobowiązanie

Ja

legitymujący/a się dowodem osobistym seria nr

PESEL

zamieszkały/a

.....

zobowiązuję się do zapłaty za pobyt Pana/i (dane osoby umieszczonej w

Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym)

.....

.....

.....

w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym od daty przyjęcia do momentu

przekazywania 70% świadczenia przez organ do tego uprawniony.

.....

podpis