

**ZGODA NA POTRĄCENIE OPŁATY
ZA POBYT W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM
W RUDCE**

Ja.....

Legitymujący/a się dowodem osobistym

Seria..... Nr

Wydanym przez.....

PESEL.....

Wyrażam zgodę na **potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Rudce** ze świadczenia przyznanego mi przez

.....
/nazwa instytucji wpłacającej świadczenie oraz nr świadczenia/

1) 70% mojego świadczenia, na rachunek Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.: Bank Spółdzielczy w Kałuszynie n r **95 9224 0007 0006 1418 2000 0010** zaś

2) 30% przysługującego świadczenia, przekazywanie na rachunek:

Bank.....

Numer.....,

którego właścicielem / współwłaścicielem jest

.....
/miejsowość, data/ /podpis/

.....
/potwierdzenie własnoręcznego podpisu/