

..... Pszczyna, dnia

(imię i nazwisko)

.....

(PESEL)

.....

(nazwa organu wypłacającego świadczenie)

OŚWIADCZENIE

Informuję, że od dnia przebywam w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Szpitala Powiatowego w Pszczynie prowadzonym przez Centrum Przedsiębiorczości CP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą w Woli, ul. Kopalniana 6.

Proszę o potrącenie z moich świadczeń opłaty za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Szpitalu Powiatowym w Pszczynie w wysokości (słownie:
.....) na rzecz Centrum Przedsiębiorczości CP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą w Woli, ul. Kopalniana 6:

Nr rachunku PKO BP Bank Polski S.A
12 1020 2528 0000 0302 048 65798

a pozostałą część świadczenia proszę przekazać zgodnie z dyspozycją na adres pobytu(rachunek bankowy) tj.

.....
.....
.....

.....

podpis