

.....

Pszczyna, dnia

(imię i nazwisko)

.....

(PESEL)

.....

(nazwa organu wypłacającego świadczenie)

OŚWIADCZENIE

Informuję, że od dnia przebywam w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym Szpitala Joannitas w Pszczynie prowadzonym przez Szpital Joannitas w Pszczynie samorządową spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą w Pszczynie, ul. dr. Witolda Antesa 11.

Proszę o potrącenie z moich świadczeń opłaty za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym w Szpitalu Joannitas w Pszczynie w wysokości
(słownie:)
na rzecz Szpitala Joannitas w Pszczynie samorządową spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą w Pszczynie, ul. dr. Witolda Antesa 11:

Nr rachunku PKO BP Bank Polski S.A

12 1020 2528 0000 0302 048 65798

a pozostałą część świadczenia proszę przekazać zgodnie z wcześniejszą dyspozycją.

Wyrażam zgodę na udostępnianie organowi emerytalno-rentowemu informacji o moim pobycie w Zakładzie Pielęgnacyjno- Opiekuńczym i udzielanie odpowiedzi na zadane przez organ pytania związane z moim pobycem w Zakładzie.

.....

podpis