

dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....

**ZOBOWIĄZANIE DO PONOSZENIA OPŁATY ZA PRANIE MIESIĘCZNE W
ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO LECZNICZYM SZPITALA POWIATOWEGO W
GRYFINIE**

Zobowiązuję się do ponoszenia opłaty miesięcznej za pranie odzieży osobistej pacjenta w kwocie 100 zł +VAT, pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym Szpitala Powiatowego w Gryfinie Sp. z o.o.

Podpis

.....