

dnia, .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....

**ZOBOWIĄZANIE DO PONOSZENIA OPŁATY ZA PRANIE MIESIĘCZNE  
W ZAKŁADZIE PIELEGNACYJNO- OPIEKUŃCZYM PSYCHIATRYCZNYM W  
NOWYM CZARNOWIE**

Zobowiązuję się do ponoszenia opłaty miesięcznej za pranie odzieży wierzchniej i codziennej w kwocie 100 zł + VAT, pacjenta .....przebywającego w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym Psychiatrycznym w Nowym Czarnowie.

Podpis

.....