

dnia,

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....

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

Zobowiązuję się do ponoszenia opłaty miesięcznej za pranie odzieży wierzchniej i codziennej w kwocie 100 zł + VAT, pacjenta przebywającego w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w Gryfinie.

Podpis

.....