

dnia,

.....
(imię i nazwisko)

.....
(imię i nazwisko)

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

Zobowiązuje się do ponoszenia opłaty miesięcznej za pranie odzieży wierzchniej i codziennej w kwocie 150,00 zł plus 23 % Vat , pacjenta przebywającego w Zakładzie Opiekuńczo -Lecznicznym w Gryfinie.

Podpis

.....