

Chrzanów, dnia:

Nazwisko i imię:

PESEL:

Adres:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana przez Kierownictwo Zakładu Opiekuńczo Leczniczego, że Zakład nie bierze odpowiedzialności za kosztowności i środki finansowe nie złożone w depozycie.

.....

Podpis Pacjenta/Pacjentki

lub

Podpis Opiekuna