

..... dnia
(imię i nazwisko pełnomocnika)

.....
.....
(adres zamieszkania)

**ZOBOWIĄZANIE DO PONOSZENIA OPŁATY ZA PRANIE MIESIĘCZNE
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM NZOZ SZPITAL IM. PROF. Z.
RELIGI W SŁUBICACH SP. Z O.O.**

Zobowiązuję się do ponoszenia opłaty miesięcznej za pranie odzieży osobistej pacjenta
w kwocie 100.00 zł brutto, (słownie: sto zł) pacjenta
w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym NZOZ Szpital im prof. Z. Religi w Słubicach Sp.
z o.o.

.....
(czytelny podpis pacjenta/pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego)

W przypadku nie wyrażenia zgody na opłatę za pranie odzieży osobistej pacjenta
zobowiązuję się do odbierania przez osoby trzecie/osobiście brudnej odzieży i dostarczania
czystej nie rzadziej niż jeden raz w tygodniu.

.....
(czytelny podpis pacjenta/pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego)