

....., dnia

.....
(nazwisko i imię)

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

Oświadczam, że zobowiązuję się do dokonywania opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie w czasie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym przy Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka„ im. A. Piotrowskiego w Gnieźnie zgodnie z art.18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)

.....
(podpis)