

Brodnica, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko pacjenta)

.....

.....  
(adres zamieszkania pacjenta)

.....  
(PESEL pacjenta)

Do ZUS/KRUS\* w .....  
(gdzie?)

**Dotyczy nr świadczenia :** .....

### Oświadczenie

W związku z regulowaniem przez ZUS/KRUS obowiązku zapłaty za mój pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno –Opiekuńczym Zespołu Opieki Zdrowotnej Brodnica ul. Wyspiańskiego 6 proszę o przekazanie pozostałej części renty /emerytury na adres domowy lub numer konta :

.....  
(konto pacjenta lub adres, na który przychodzi świadczenie)

.....  
(data)

.....  
(podpis pacjenta)

.....  
(podpis opiekuna)

\*niewłaściwe skreślić