

.....  
miejsowość i data

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a iż w razie zatajenia informacji o stanie zdrowotnym przyszłego pensjonariusza , Zakład Opiekuńczo – Lecznicy dla Dorosłych pw. św. Jadwigi w Trzebnicy ma prawo odmówić przyjęcia na oddział .

.....

Podpis osoby składającej dokumenty