

(podpis)

Zapoznano mnie z treścią przepisów dotyczących odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy, która wynosi 70% moich dochodów tj. sumy.....  
Wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty lub na jej potrącanie przez płatnika świadczeń emerytalno – rentowych zgodnie z odrębnymi przepisami do dnia 15 – ego każdego miesiąca.  
Ustalona odpłatność ulega zmianie w momencie w którym następuje:  
– waloryzacja wysokości dochodu uprawniającego do świadczeń z pomocy społecznej;  
– rewaloryzacja emerytur i rent.

oświadczam co następuje:

Świadomy odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

## OŚWIADCZENIE

(imię i nazwisko, pesel, adres,  
seria i nr dowodu )

(miejscowość, data)