

Załącznik nr 8 do Regulaminu ZOL Szpital w Szczecinku sp. z o.o.

Szczecinek, dnia

.....
imię i nazwiska pacjenta

.....
PESEL

.....
adres zamieszkania

**Oświadczenie
o numerze rachunku bankowego pacjenta**

Niżej podpisany/a,
legitymujący/a
się dowodem osobistym seria..... nr, oświadczam, że posiadam rachunek
bankowy prowadzony przez bank
nr.....
o

.....
i upoważniam Szpital w Szczecinku sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinku do dokonywania
rozliczeń z
tytułu zwrotu nadpłaty za zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym
na
wskazany wyżej rachunek bankowy.

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego