

.....  
Miejscowość, data

ZOBOWIĄZANIE CZŁONKA RODZINY

Ja niżej podpisana/y .....

PESEL: ....., zam. ....

legitymująca/y się dowodem osobistym nr .....

wydanym przez ..... w dniu .....

zobowiązuję się do zapłaty należności za pobyt mojej/mojego .....

.....

w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Bydgoszczy przy ul. Smukalskiej 251 w

części jaka nie zostanie przekazana przez ZUS/KRUS/MOPS z tytułu potrącenia z

jej/jego emerytury/renty/zasiłku.