............................................
 Miejscowość, data

**Upoważnienie**

Ja, niżej podpisana/y ...................................................................................................................
 Imię, nazwisko

PESEL......................................................................................

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość .....................................................................

Adres zamieszkania .....................................................................................................................

upoważniam:
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Szpitalu w Kamieniu Pomorskim sp. z o.o., ul. Szpitalna 10, 72-400 Kamień Pomorski do występowania w moim imieniu do instytucji/podmiotów, z których uzyskuję dochód, z wnioskiem o informację o uzyskiwanych przeze mnie dochodach i uwzględnianiu pozyskanych informacji przy ustalaniu odpłatności.
Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany, że niniejsze upoważnienie nie zwalnia mnie z obowiązku informowania ZOL o każdej zmianie wysokości moich dochodów.

......................................... .........................................
 Zobowiązany W imieniu ZOL