

Węgorzewo, dnia

**DEKLARACJA ZGŁOSZENIA DO KORZYSTANIA Z POSIŁKÓW W STOŁÓWCE
SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU
OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĘGORZEWIE**

Imię i nazwisko

Data rozpoczęcia korzystania ze stołówki:

.....

Oświadczam, że znane mi są postanowienia Regulaminu korzystania ze stołówki Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie na mocy, którego zobowiązuję się do terminowego regulowania opłat za posiłki.

.....
(podpis)