



Załącznik do Regulaminu
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
Psychiatrycznego dla Dorosłych
w Węgorzewie

Załącznik nr 8

Węgorzewo, dn.....

.....
imię i nazwisko
.....

.....
adres zamieszkania
.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a.....PESEL.....
imię i nazwisko
oświadczam, iż wyrażam zgodę na pranie rzeczy osobistych moich / Pani/a*
..... w pralni Szpitala Psychiatrycznego SP ZOZ w Węgorzewie.

Jednocześnie informuję, iż w przypadku uszkodzenia ubrań w związku z technologią prania (wysoka temperatura) nie będę rościć pretensji za ich zniszczenie.

***niepotrzebne skreślić**