Znak sprawy: ZP/K/19/2023

.......................................................... …………………………..

 *(imię i nazwisko) (miejsce i data)*

 ..........................................................

 (*adres)*

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przekazywanie mojego wynagrodzenia za udzielanie świadczeń zdrowotnych
w 1. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Lublinie – Filia w Ełku ul. Kościuszki 30, 19-300 Ełk, na rachunek bankowy w …………………………………………………………….…………………………

o numerze………………….......................................................................................................................................

 ..............................................................

 *( podpis )*