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 )*