OŚWIADCZENIE

Ja, ……
(imię i nazwisko)

niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt w Krajowym Ośrodku Mieszkalno-Rehabilitacyjnym dla Osób Chorych na Stwardnienie Rozsiane w Dąbku (KOMR) w wysokości 70% mojego dochodu zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku art. 61 pkt 1 (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507.).

…… ……
podpis pracownika podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie w KOMR