.....
miejscowość i data

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE
w sprawie ponoszenia opłaty za pobyt w Krajowym Ośrodku Mieszkalno-Rehabilitacyjnym dla Osób Chorych na Stwardnienie Rozsiane w Dąbku (KOMR)

Wyrażam zgodę do ponoszenia opłaty za pobyt w KOMR, w wysokości ustalonej zgodnie z obowiązującymi przepisami[1].

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

[1] Art. 59 ust. 5, art.61 ust.1 pkt1 i ust. 2 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.