

.....

.....

.....

Adres zamieszkania

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie mojego wynagrodzenia za udzielane świadczenia na osobiste konto bankowe:

Nazwa Banku i numer oddziału

.....

Adres banku

[illegible]

|                                 |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|
|                                 |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pełny nr konta bankowego</b> |  |  |  |  |  |  |

Jednocześnie zobowiązuję się do zawiadomienia Udzielającego Zamówienia na piśmie o wszelkich zmianach dotyczących podanych wyżej informacji.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis pracownika

Tomasz Huber  
RADCA PRAWNY  
KR-3009