

.....

.....

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]

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

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis pracownika

KRZYSZTOF MICHON
RADCA –PRAWNY
KR - 3105