Świnoujście, dnia ……..…… r.

Oświadczenie
o wskazaniu osoby uprawnionej do odbioru depozytu

Działając w imieniu własnym,……..……..……..
imię i nazwisko Pacjenta

……,……..……..,
PESEL Pacjenta seria i numer dowodu osobistego Pacjenta

oświadczam, że wskazuję jako osobę uprawnioną do odbioru, na podstawie okazanej karty depozytowej, przekazanych przeze mnie do depozytu ZOD FREGATA sp. z o. o. z siedzibą w Świnoujściu przedmiotów (środków pieniężnych, przedmiotów wartościowych):

……,
imię i nazwisko osoby uprawnionej

……,
PESEL osoby uprawnionej

……
adres zamieszkania osoby uprawnionej, telefon kontaktowy

……
(imię i nazwisko Pacjenta)