

.....  
Nazwisko i imię

.....  
miejsowość data

.....  
Adres zamieszkania

## Oświadczenie

Oświadczam, że nie korzystałam/em z rehabilitacji po przebytej chorobie Covid-19.  
W przypadku już skorzystania z takiego programu zobowiązuję się pokryć koszty  
pobytu rehabilitacyjnego w SP ZOZ Sanatorium Uzdrowskim MSWiA  
„ORION” w Ciechocinku

.....  
Czytelny podpis