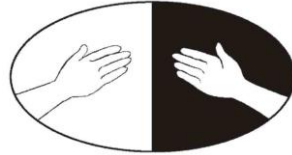


**Somogy Megyei  
Szeretet Szociális Otthon**



**Igazgatás:** 7516, Berzence, Szabadság tér 17. Tel/Fax.: 82/546-130

**Igazgató:** Tel.: 82/546-131; 06-30-326-7277

**E-mail:** szeretet@berzenceszoci.hu; igazgato@berzenceszoci.hu

---

## Nyilatkozat

Alulírott ..... (szül.: ....., an:  
.....), Lakcíme:....., mint a Somogy  
Megyei Szeretet Szociális Otthon ..... nevű ellátottja / ellátottjának  
hozzátartozója / ellátottjának gondnoka\*, ezúton nyilatkozom, hogy az intézményi ellátásért  
..... naptól a Somogy Megyei Szeretet Szociális Otthon számára a mindenkori  
intézményi térítési díjnak megfelelő összegű személyi térítési díjat fizetek meg.  
Nyilatkozatom 3 évig érvényes.

(\*A megfelelőt kérjük aláhúzni!)

Kelt: Berzence, .....

.....  
Nyilatkozó aláírása

**Tanú neve :** .....

**Tanú neve :** .....

Lakcíme : .....

Lakcíme : .....

Szem. ig. sz. ....

Szem. ig. sz. ....