*Załącznik nr 4 do Regulaminu DDS*

**Informacja dla uczestnika o wysokości odpłatności**

**w miesiącu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko | Łączna kwota do zapłaty  ……………………… zł | **W tytule zapłaty należy wpisać:**  **Opłata za pobyt w Dziennym Domu „Senior+” za miesiąc** ………… ……. |
| Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Skrajna 5, 43-400 Cieszyn  Nr rachunku bankowego: | | |