

Bydgoszcz, dnia

OŚWIADCZENIE

W SPRAWIE ZABRANIA I ZAPEWNIENIA OPIEKI PACJENTOWI

PO ZAKOŃCZENIU JEGO POBYTU W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-PIELĘGNACYJNYM

Nazwisko i imię (rodzina), opiekuna społecznego.....

Adres zamieszkania.....

.....

Niniejszym zobowiązuję się do zabrania i zapewnienia opieki

Nazwisko i imię pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

Po zakończeniu pobytu w Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym w Bydgoszczy, ul. Markwarta 4-6

Dniao godzinie

.....

Czytelny podpis