



## OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

Imię i nazwisko osoby odbierającej.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Numer dowodu osobistego.....

Niniejszym Zobowiązuję się do odebrania pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta.....PESEL.....

Adres pacjenta.....

Po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo -Lecznicznym w terminie wskazanym przez zakład.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo -Lecznicznym jest pobytem terminowym, pacjent nie może przebywać w zakładzie na stałe.

.....  
Data

.....  
Podpis przedstawiciela ustawowego  
lub innej osoby zobowiązanej