



Załącznik nr 5

OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE RODZINY/OPIEKUNA DO PRZEWIEZIENIA I ODEBRANIA PACJENTA

Ja (imię i nazwisko)..... jako
rodzina/opiekun osoby..... (imię
i nazwisko) ubiegającej się o przyjęcie do Dziennego Domu Opieki Medycznej wyrażam zgodę
i składam zobowiązanie przywiezienia pacjenta do DDOM w godzinach od 7:00 do 8:00 i odebrania z
DDOM w godzinach od 16:00 do 16:45 .

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA