



OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE RODZINY DO WSPÓŁPRACY W PRZYGOTOWANIU PACJENTA DO TRANSPORTU

Ja niżej podpisany/a

.....
(imię i nazwisko)

jako rodzina/opiekun osoby.....
(imię i nazwisko)

ubiegającej się o przyjęcie do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Busku-Zdroju w ramach projektu „Szansa dla wykluczonych - Dzienny Dom Opieki Medycznej w Busku – Zdroju” wyrażam zgodę i składam zobowiązanie do współpracy z DDOM w przygotowaniu pacjenta do transportu z miejsca zamieszkania do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania.

.....
podpis (członka rodziny lub opiekuna)