SZPITALE TCZEWSKIE SA

Gniew, dnia …….

O Ś W I A D C Z E N I E

dla rodziny, opiekuna prawnego lub faktycznego, lub pracownika MOPS, GOPS

Ja, niżej podpisany/a: ……,

zamieszkały/a: ……..……,

legitymujący/a się dowodem osobistym: ……..…….…,

zobowiązuje się do odbioru Pacjenta: .....,

z Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Gniewie / Tczewie, w wyznaczonym terminie przez zakład.

.....

podpis