

Załącznik nr 14 do Regulaminu ZOL Szpital w Szczecinku Sp. z o.o.

Szczecinek, dnia

**OŚWIADCZENIE
W SPRAWIE ZABRANIA I ZAPEWNIENIA OPIEKI PACJENTOWI
PO ZAKOŃCZENIU JEGO POBYTU
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM
DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE**

Nazwisko i imię rodziny/opiekuna ustawowego

.....

Adres zamieszkania

Niniejszym zobowiązuję się do zapewnienia opieki:

Nazwisko i imię pacjenta

.....

Adres zamieszkania

Po zakończeniu pobytu w – Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla pacjentów
Wentylowanych Mechanicznie w Szpital w Szczecinku Sp. z o.o. w Szczecinku ul.
Kościuszki 38

Dnia o godz.

.....
(czytelny podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu
lub opiekuna/proszę podać stopień
pokrewieństwa/pracownika MOPS/MOPR)