

Człuchów dnia

OŚWIADCZENIE

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

Nazwisko i imię rodziny/ opiekuna ustawowego.....

PESEL:

Adres zamieszkania :

Numer telefonu :

Niniejszym zobowiązuje się do zapewnienia opieki

Nazwisko i imię pacjenta :

PESEL:

Adres zamieszkania:

Po zakończeniu pobytu w Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie
w SP ZOZ CZŁUCHÓW UL. SZCZECIŃSKA 31; 77-300 CZŁUCHÓW.

Człuchów dnia godz.

.....
czytelny podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo- Lecznicznego dla osób wentylowanych mechanicznie

.....
czytelny podpis opiekuna/ rodziny (podając stopień pokrewieństwa) , pracownika MOPS/ GOPS