

.....
Miejscowość, dnia

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA
z
Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego
w Koszalinie

Niniejszym zobowiązuję się do zapewnienia opieki:

Nazwisko i imię pacjenta.....

Adres zamieszkania

Po zakończeniu pobytu w Zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym w Koszalinie
ul. Niepodległości 44-48

dnia o godz... ..

.....
Czytelny podpis rodziny/opiekuna /MOPS/MOPR
do odebrania pacjenta po zakończeniu pobytu w Zakładzie