

**ZOBOWIĄZANIE/OŚWIADCZENIE  
PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO,  
OPIEKUNA FAKTYCZNEGO LUB OSOBY BLISKIEJ  
DO ODEBRANIA PACJENTA W DNIU WYPISU I ZAPEWNIENIA OPIEKI  
PO WYPISIE Z ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZEGO W KOSZALINIE.**

Koszalin, dnia.....

Dane pacjenta:

1. Imię i nazwisko pacjenta.....
2. Numer PESEL.....

Dane osoby składającej oświadczenie:

1. Imię i nazwisko.....
2. Numer telefonu do kontaktu.....

**Niniejszym oświadczam, że zobowiązuję się do odebrania w/w pacjenta w dniu wypisu oraz zapewnienia mu dalszej opieki po zakończeniu pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym mającym siedzibę w Koszalinie przy ul. Niepodległości 44-48.**

.....  
*Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie*