

Medycznej w Sokołowsku”

OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE RODZINY/OPIEKUNÓW/PACJENTA DO WSPÓŁPRACY W PRZYGOTOWANIU PACJENTA DO TRANSPORTU

Ja (imię i nazwisko)..... jako
rodzina/opiekun/pacjent osoby.....
(imię i nazwisko pacjenta) ubiegającej się o przyjęcie do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku wyrażam zgodę i składam zobowiązanie do współpracy z Organizatorem DDOM w przygotowaniu pacjenta do transportu z miejsca zamieszkania do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania. Transport pacjenta jest realizowany przez Organizatora DDOM w razie potrzeby tj. w przypadku osób samotnych bez możliwości pomocy ze strony opiekunów lub w przypadku znacznej niepełnosprawności.

DATA

CZYTELNY PODPIS CZŁONKA
RODZINY/OPIEKUNA/PACJENTA