

.....
miejsowość i data

Dane pacjenta

1. Imię i nazwisko pacjenta:

2. Numer PESEL:

w przypadku braku numeru PESEL:

Numer dokumentu tożsamości:

Nazwa kraju wydającego:

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 prowadzonym przez SPS ZOZ w Lęborku – ul. Juliana Węgrzynowicza 13, 84-300 Lębork.

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie