



Załącznik do Regulaminu
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
Psychiatrycznego dla Dorosłych
w Węgorzewie

Załącznik nr 10

Węgorzewo, dn.....

.....
imię i nazwisko
.....

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż rzeczy osobiste moje /
pacjenta* w których skład wchodzi:.....

.....
- odebrałam/em z Zakładu Opiekuńczo Leczniczego Psychiatrycznego dla Dorosłych
w Węgorzewie,

- pozostawiam z własnej woli Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym Psychiatrycznym dla
Dorosłych w Węgorzewie celem oddania do użytku dla pacjentów zakładu*

***niepotrzebne skreślić**