



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

Załącznik nr. 11

Węgorzewo, dn.....

.....
imię i nazwisko

.....
.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a), legitymujący się numerem PESEL.....
oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach pobytu i odpłatności
w Zakładzie Opiekuńczo Lecniczym Psychiatrycznym dla Dorosłych w Węgorzewie
Pana(i).....

W związku z powyższym, po upływie 6 miesięcy zobowiązuję się zabrać
swojego(ą) podopiecznego(ą) i jednocześnie zapewnić mu(jej) dalszą opiekę i leczenie.

.....
Podpis