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

Załącznik nr 9

Węgorzewo, dn……..

……
imię i nazwisko

……..……

……..……..
adres zamieszkania

……..……..
telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że odebrałem/am z Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego Psychiatrycznego dla Dorosłych w Węgorzewie dnia ……..... pacjenta Pana/Panią ..... pod swoją stałą opiekę i za jego zgodą.

Miejsce przebywania wypisanego pacjenta:

……

……