

Gniew, dnia .....

**O Ś W I A D C Z E N I E**  
dla rodziny, opiekuna lub pracownika MOPS

Ja, niżej podpisany/a: .....,

zamieszkały/a: .....,

legitymujący/a się dowodem osobistym: .....,

zobowiązuje się do odbioru Pacjenta: .....,

z Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Gniewie, ul. 7 Marca 10, w wyznaczonym terminie przez zakład.

.....  
*podpis*