

Bydgoszcz, dnia

.....
imię i nazwisko faktycznego opiekuna pacjenta

.....
nr telefonu opiekuna

Oświadczenie opieki nad chorym członkiem rodziny

Ja, **deklaruję pełną opiekę** nad
imię i nazwisko opiekuna pacjenta

.....
podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko pacjenta kwalifikowanego do przyjęcia do oddziału rehabilitacji

po zakończeniu leczenia usprawniającego w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej i ustaniu wskazań do hospitalizacji.

.....
podpis opiekuna