

ZGODA I ZOBOWIĄZANIE CZŁONKA RODZINY / OPIEKUNA DO WSPÓŁPRACY W PRZYGOTOWANIU UCZESTNIKA PROJEKTU DO TRANSPORTU

Ja jako członek rodziny / opiekun osoby
(imię i nazwisko)
ubiegającej się o przyjęcie do BDDOM
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie)

wyrażam zgodę i składam zobowiązanie do współpracy z Realizatorem w przygotowaniu ww. pacjenta do transportu z miejsca zamieszkania do BDDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania. Tym samym oświadczam, że zostałam/ -em poinformowana/ -y, że bezpłatny transport pacjenta jest organizowany przez Realizatora **w razie potrzeby** tj. w przypadku, gdy pacjent nie będzie mógł samodzielnie lub przy wsparciu rodziny/opiekunów dotrzeć do BDDOM i wrócić do miejsca zamieszkania. Jednocześnie w przypadku braku możliwości samodzielnego dotarcia pacjenta spod drzwi miejsca zamieszkania do samochodu oraz z samochodu do drzwi miejsca zamieszkania zobowiązuje się do pomocy pacjentowi w tym zakresie.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS CZŁONKA RODZINY / OPIEKUNA