

**ZAŁĄCZNIK NR 7**

**OŚWIADCZENIE**

Ja ....., ur. .... PESEL .....  
zamieszkały ..... oświadczam, że zobowiązuję  
się do odbioru z Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Gryfinie pacjentki/ta po ukończeniu  
pobytu w Zakładzie.

Jednocześnie w przypadku nie wykonania tego obowiązku zobowiązuję się do pokrycia  
wszelkich kosztów związanych z nadterminowym pobytom pacjentki/ta .....  
.....

.....  
(czytelny podpis)