Zał. nr 4 Zgoda i zobowiązanie rodziny/opiekuna do współpracy w przygotowaniu do transportu.

***„*Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu łukowskiego*” RPLU.11.02.00-06-0075/18-02***

**Zgoda i zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu.**

Ja (Imię i nazwisko) ………………………………………..…………………………………………………………………….…… w imieniu swoim oraz rodziny/opiekunów osoby (Imię i nazwisko) ………………….…………………………………………… ubiegającej się o przyjęcie do Dziennego Domu Opieki Medycznej wyrażam zgodę i składam zobowiązanie do współpracy z Organizatorem Domu
w przygotowaniu pacjenta (Imię i nazwisko) ………………………………………………………………... do transportu z miejsca zamieszkania do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania. Tym samym oświadczam, że zostałem poinformowany, że bezpłatny transport pacjenta z miejsca zamieszkania do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania jest organizowany przez Organizatora Domu **w razie potrzeby** tj. w przypadku gdy Pacjent nie będzie mógł samodzielnie lub przy wsparciu rodziny/opiekunów dotrzeć do DDOM i wrócić do miejsca zamieszkania.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| DATA | CZYTELNY PODPIS CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA PACJENTA |