

.....
.....
.....
.....

Międzyrzecz, dnia.....

ZOBOWIĄZANIE

Oświadczam, że zobowiązuję się po upływie terminu pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym przy Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, do odebrania po wypisaniu z w/w Zakładu

Pana/ ią.....

.....

(czytelny podpis)