

.....
(Miejsce i data)

**Zakład Opiekuńczo - Leczniczy
prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Felicjanek
ul. Kołłątaja 7
31 - 502 Kraków**

ZOBOWIĄZANIE

Ja niżej podpisany/a

(Imię i Nazwisko)

jako członek rodziny (pełnomocnik notarialny / opiekun prawny pacjentki)

..... zobowiązuję się do zaopatrywania

(Imię i Nazwisko)

Jej w ubranie, bieliznę, przybory toaletowe i kosmetyki przez cały okres
pobytu w Zakładzie.

.....
(Podpis)