

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a .....  
zamieszkały/a .....  
(imię i nazwisko)  
(adres zamieszkania)

wyrażam zgodę na:

- a) umieszczenie mnie w domu pomocy społecznej,
- b) ponoszenie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej z uzyskiwanych dochodów.

Łódź, dnia .....

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Niniejszym zaświadczam, że pacjent .....  
zamieszkały .....  
(imię i nazwisko)  
(adres zamieszkania)

jest zdolny do świadomego podejmowania decyzji we własnych sprawach życiowych i samodzielnie wyraził zgodę na umieszczenie w domu pomocy społecznej.

Łódź, dnia .....

.....  
(pieczęć imienna i podpis lekarza)