



# Fundacja Dom

Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisana/-y.....

prawny opiekun (imię i nazwisko dziecka) .....

oświadczam, że korzystam **wyłącznie** ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach Ośrodka Rehabilitacji Diennej Dla Dzieci z Zaburzeniami Wiekowego Rozwoju, prowadzonego przez Fundację Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Opolu.

Przyjmuję do wiadomości, iż korzystanie z opieki innego podmiotu leczniczego, udzielającego świadczeń w tym samym zakresie, skutkować będzie natychmiastowym zakończeniem terapii w ramach Ośrodka Dziennego prowadzonego przez Fundację Dom.

.....

Data, czytelny podpis opiekuna