



## ZOBOWIĄZANIE DO WSPÓŁPRACY

### Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Iwoniczu-Zdroju” RPPK.08.03.00-18-0008/18-00

W związku z udziałem Pani/Pana\* ..... w projekcie pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Iwoniczu-Zdroju” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Działanie 8.3. „Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych” Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020 ja, niżej podpisana/y ....., będąc Rodziną/Opiekunem Uczestnika Projektu zobowiązuję się do współpracy z zespołem terapeutycznym:

- w związku z koniecznością zapewnienia ww. osobie bezpłatnego transportu osobowego/sanitarnego\* z miejsca zamieszkania ..... do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Iwoniczu - Zdroju i z powrotem w zakresie przygotowania pacjenta do transportu i/lub
- w zakresie dostarczania zaleconych pacjentowi leków.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis Rodziny/Opiekuna)

\* - niepotrzebne skreślić