**Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Utworzenie i funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w podregionie bytomskim”**

**OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE RODZINY DO WSPÓŁPRACY W PRZYGOTOWANIU PACJENTA DO TRANSPORTU**

Ja (imię i nazwisko)…………………………………………………………………………………………... jako rodzina/opiekun

osoby……………………………………………………………………………………………………………………….. (imię i nazwisko)

ubiegającej się o uczestniczenie w projekcie „Utworzenie i funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w podregionie bytomskim” nr projektu WND-RPSL.09.02.06-24-07CF/16, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanym przez Przychodnię Lekarską Szombierki sp. z o.o., wyrażam zgodę i składam zobowiązanie do współpracy z Realizatorem projektu w przygotowaniu pacjenta do transportu z miejsca zamieszkania do Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ i z powrotem do miejsca zamieszkania. Transport pacjenta może być realizowany komunikacją publiczną na koszt Realizatora.

……………………………………………………….………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DATA, CZYTELNY PODPIS