**Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom”**

**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 „Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom” nr projektu WND-RPSL.09.02.03-24-03C5/18-001, 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