

**Załącznik nr 9** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie / DDOM działający w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej ETER-MED sp. z o.o. przy ulicy Żabi Kruk 10 w Gdańsku /



Gdańsk, dnia.....



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



### **Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej**

.....  
/ Imię i nazwisko/

.....  
/ Adres zamieszkania /

Oświadczam, że nie jestem wyłączony z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej jak również nie korzystam ze świadczeń:

- w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej,
- świadczeń rehabilitacji leczniczej oddziału dziennego lub stacjonarnego,
- z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

.....  
/ Podpis pacjenta /