



.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer telefonu

**Akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wychnieniowej  
ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością**

Oświadczam, iż akceptuję Pana/Panią

.....,  
Imię i nazwisko osoby wskazanej do świadczenia usługi opieki wychnieniowej

do świadczenia usługi opieki wychnieniowej na rzecz

.....  
.....  
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....  
Podpis rodzica osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego