

.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię i nazwisko\*

.....  
Adres  
.....

## INFORMACJA

.....  
(nazwa i adres świadczeniodawcy obejmującego pacjenta opieką w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

.....  
(imię i nazwisko lekarza poz)

.....  
Podpis pacjenta  
lub jej ustawowego opiekuna

\*dotyczy osoby, która wnioskuje o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego dla Dzieci i Młodzieży SP ZOZ w Siemiatyczach