

.....
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 Pielęgnacyjno – Opiekuńczego SP ZOZ w Siemiatyczach