

Pieczętka zakładu

Oświadczenie

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres.....

Pacjent jest niezdolny do samodzielnej egzystencji.

.....

Data i miejsce

.....

Pieczętka i podpis lekarza