

Miejscowość.....

Data.....

Pieczczę Zakładu Opieki Zdrowotnej
(POZ, Szpitala)

SKIEROWANIE

Kieruję Pana/Panią.....

PESEL..... do Hospicjum Stacjonarnego

Kaśmin s.c. Drożdżówka 5a, 05-332 Siennica

Rozpoznanie:

.....

.....

Pieczątką i podpis lekarza kierującego