

Jastrzębie Zdrój  
dnia.....

### ZAWIADOMIENIE

Niniejszym zawiadamiam, że z dniem.....

rezygnuję z pielęgniarstwa długoterminowego

świadczonego przez NZOZ „HELMED”

44-330 Jastrzębie Zdrój ul. Prosta 2

.....  
( podpis pacjenta lub opiekuna

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

.....

Jastrzębie Zdrój  
dnia.....

### ZAWIADOMIENIE

Niniejszym zawiadamiam, że z dniem.....

rezygnuję z pielęgniarstwa długoterminowego

świadczonego przez NZOZ „HELMED”

44-330 Jastrzębie Zdrój ul. Prosta 2

.....  
( podpis pacjenta lub opiekuna

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

.....