

PIELĘGNIARKA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

ZAWIADOMIENIE

Niniejszym zawiadamiam, że pacjent
zamieszkały
został objęty pielęgniarską opieką długoterminową przez:

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „HELMED”

44-330 Jastrzębie-Zdrój, ul. Prosta 2, z dniem

.....
(podpis i pieczętka pielęgniarki POZ)

.....
(podpis i pieczętka pielęgniarki POD)

LEKARZ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

ZAWIADOMIENIE

Niniejszym zawiadamiam, że pacjent
zamieszkały
został objęty pielęgniarską opieką długoterminową przez:

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „HELMED”

44-330 Jastrzębie-Zdrój, ul. Prosta 2, z dniem

.....
(podpis i pieczętka lekarza POZ)