

Zespół Opieki Zdrowotnej w Szpitalu Powiatowym w Białymstoku

[illegible]

Sucha Beskidzka, dnia

Imię i nazwisko pacjenta: Płeć: M / K

Nr PESEL: data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Udzielone świadczenia:

Efekty cyklu zabiegów:

.....
Podpis i pieczęć

Potwierdzam odbiór informacji:

.....

Data i podpis pacjenta

.....