

.....

miejsowość, dnia

Oświadczenie o opiece POZ

Oświadczam, że lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej pacjenta jest:

.....

Nazwa i adres przychodni :

.....
.....
.....

Pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej pacjenta jest:

.....

Nazwa i adres :

.....
.....
.....

.....
/ rodzina pacjenta lub opiekun faktyczny/