

.....  
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

.....  
ADRES

.....

Górno dn.....

**Dyrektor  
Szpitala Chorób Płuc i Opieki  
Długoterminowej  
im. św. Jana Pawła II w Górnio  
lek. med. Grzegorz Hydzik**

Zwracam się z prośbą o przedłużenie pobytu w ZOL Górno, który kończy się ( według  
ważności decyzji ZOL) dn. ....

**UZASADNIENIE**

.....

.....

.....

Z poważaniem