

.....
Imię i nazwisko (osoby wypełniającej)

Górno dn..... r.

.....
adres

.....

.....

**Szpital Chorób Płuc i Opieka Długoterminowa
im. św. Jana Pawła II w Górnie**

Zwracam się z prośbą o zwrot nadpłat za pobyt w ZOL

Pana/i.....
(imię i nazwisko pacjenta)

Ponieważ dnia.....został/a wypisany/a / .

Nadpłatę odesłać na konto/adres

.....

.....

podpis