

Imię i Nazwisko

Górno dn.:.....

.....

Adres Zamieszkania

.....

.....

Tel. Kontaktowy

.....

Dyrektor

Szpitala Chorób Płuc i Opieki Długoterminowej im. św. Jana Pawła II w Górnio

lek. med. Grzegorz Hydzik

Zwracam się z prośbą o udzielenie przepustki dla

w dniu.....

Oświadczam iż opiekę nad pacjentem obejmuje.....

Podpis

.....