

Miejscowość.....

Data.....

.....
Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

SKIEROWANIE

Kieruję Pana/Panią.....

PESEL.....

Adres Zamieszkania

do Hospicjum Stacjonarnego

w Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o. o.,

33-230 Dąbrowa Tarnowska,

ul. Szpitalna 1

Rozpoznanie.....

ICD10

.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego