

INFORMACJA O CZASIE HOSPITALIZACJI PACJENTA / PLANOWANYCH ZABIEGACH REHABILITACYJNYCH

.....
(nazwa oddziału/poradni)

Imię i nazwisko pacjenta

Pobyt na oddziale / zabiegi rehabilitacyjne od dnia do dnia

Gdańsk, dnia

.....
Pieczętka i podpis
(pracownik oddziału, pracownik poradni
rehabilitacyjnej)