

.....
miejsowość, dnia

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że moim lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest:

.....

Nazwa i adres przychodni

.....

Pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej jest:

.....

Nazwa i adres:

.....

.....
podpis osoby ubiegającej się
przyjęcie do zakładu