

.....
(miejscowość i data)

Oświadczenie

Nazwisko i imię Pacjenta/ki

Adres zamieszkania

Nazwa, adres i nr telefonu Przychodni POZ (w której zadeklarowany jest Pacjent/tka)

.....

.....

Nazwisko lekarza leczącego w Przychodni POZ.....

.....
(podpis)