

## Oświadczenie

.....  
(miejscowość i data)

Nazwisko i Imię Pacjenta/teki .....

Adres zamieszkania .....

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

.....

.....

Nazwisko lekarza leczącego w Przychodni POZ.....

.....  
(podpis)