

Miejscowość.....

Data.....

.....  
Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

## SKIEROWANIE

Kieruję Pana/Panią.....

PESEL... ..

do Hospicjum Stacjonarnego

w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o.,

33-101 Tarnów, ul. Kwiatkowskiego 15

Rozpoznanie.....

ICD10

.....

.....  
Pieczęć i podpis lekarza kierującego