
miejsowość ,data

.....

imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania

Informuję, że moim lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (**rodzinnym**) jest:

.....

imię i nazwisko lekarza

.....

nazwa placówki

.....

adres placówki medycznej i telefon kontaktowy

w przypadku zmiany lekarza POZ zobowiązuje się do poinformowania ST. Vincent Medical Center Sp. z o.o. o tej sytuacji.

.....

podpis pacjenta lub opiekuna