

Warszawa, dnia

ST VINCENT MEDICAL CENTER

ul. Miła 6 B
00- 180 Warszawa
Tel. 609800398

ZAŚWIADCZENIE O PRZESZKOLENIU

Pan/Pani

opiekująca się pacjentem/pacjentką Panem/Panią:

.....

Został/została przeszkolona w zakresie **obsługi aparatury medycznej**
oraz **zasad udzielania pierwszej pomocy.**

Podpis lekarza

Podpis opiekuna

.....

.....