



Pieczęć jednostki kierującej

.....
miejsowość, data

SKIEROWANIE DO WENTYLACJI MECHANICZNEJ do

NZOO MEDYK-POZNAŃ Sp. z o.o.
ul. Świt 47
60-375 Poznań
tel.: 791 729 995

Imię:

.....

Nazwisko:

.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres.zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

Rozpoznanie:

.....

.....

ICD-10:

.....

