



Nowy Szpital we Wschowie sp. z o. o.

ul. Ks. Andrzeja Kostki 33, 67-400 Wschowa

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY /PMM

Wschowa, dnia.....

Dane Pacjenta

.....  
.....  
.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Zostałam/em poinformowany przed hospitalizacją, że Nowy Szpital we Wschowie nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy osobiste pacjenta, rzeczy wartościowe pacjenta (biżuterię, pieniądze, itp.) nie zdeponowane w szpitalnym magazynie depozytowym.

Szpital posiada magazyn depozytowy.

.....

(podpis pacjenta)