

NR KS.GŁ.....

PIECZĘĆ ZAKŁADU

POTWIERDZENIE ODBIORU RZECZY CHOREGO

IMIE I NAZWISKO					
PRZYBYŁ(A) DO SZPITALA					
ODDAŁ(A) RZECZY DO PRZECHOWANIA:					
NAZWA ODZIEŻY	OPIS/STAN	ILOŚĆ	NAZWA ODZIEŻY	OPIS/STAN	ILOŚĆ
BLUZKA			HALKA		
BIUSTONOSZ			SPÓDNICA		
RAJSTOPY			SUKIENKA		
SPODNIE			NAKRYCIE GŁ.		
SPARPETKI			REKAWICZKI		
MAJTKI/FIGI			SZALIK		
KOSZULA			PŁASZA		
KAMIZELKA			KURTKA		
KALESONY			OBUWIE		
KOSZULKA					
SWETER					
KIESZENIE PUSTE					
OKRES PRZECHOWYWANIA ODZIEŻY WYNOŚI 6 MIESIECY					

PODPIS ODDAJĄCEGO /CHOREGO

PODPIS PRZYJMĄCEGO