Zał. nr 2 do umowy

……………………………… ………………………………

 pieczęć jednostki kierującej miejscowość, data

**SKIEROWANIE DO HOTELU**

Kieruję Pana/Panią…………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko)

PESEL:

do hotelu…………………………………………………………………………………….

 (adres)

Data rozpoczęcia terapii:……………………………………………………………………

Rodzaj terapii:………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Uwagi dodatkowe:………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

…………..…...……………..

(podpis lekarza kierującego)