

Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon,  
Kod, nazwa komórki organizacyjnej,  
Numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy



....., dnia.....20.....r.

## SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Pana/Panią.....lat.....

Adres.....

PESEL ..... telefon.....

Do.....

Oddział ..... **Rehabilitacji Neurologicznej**.....

Rozpoznanie.....

..... kod (ICD10).....

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....

Podpis i pieczęć lekarza