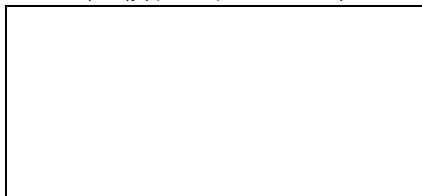


Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon,
Kod, nazwa komórki organizacyjnej,
Numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy



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

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Pana/Panią.....lat.....

Adres.....

PESEL telefon.....

Do.....

Oddział **Rehabilitacji Diennej (2300)**.....

Rozpoznanie.....

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

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....

Podpis i pieczęć lekarza