

	ZAŁĄCZNIK NR 3 – PROCEDURY PP2		NR – PP2/3 2013
	POTWIERDZENIE ODBIORU RZECZY CHOREGO		Strona 1/1
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 1.09.2018	WYDANIE 4

POTWIERDZENIE ODBIORU RZECZY CHOREGO

pieczęć zakładu leczniczego

Potwierdzenie odbioru rzeczy chorego

Nr ks. gt.

Imię i nazwisko

Przybył(a) do szpitala dnia

oddal(a) na przechowanie następujące rzeczy:

Nazwa odzieży	Opis i stan	Ilość	Nazwa odzieży	Opis i stan	Ilość
biustonosz			pończochy		
bluzka			rajstopy		
halka			rękawiczki		
kalesony			skarpetki		
kamizelka			spodnie		
koszula			spódnica		
koszulka			stanik		
kurtka			sukienka		
majtki			szalik		
marynarka			sweter		
nakrycie gł.					
obuwie					
palto					
plaszcz					

Podpis oddającego chorego
Nr/Szp-20 DPM/11 Mysłowice, tel./fax: (032) 762 45 01

Podpis przyjmującego