



ALLMEDICA Lublin Sp. z o.o.  
ul. Tetmajera 21  
20-362 Lublin

Lublin, dn.....

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a  
imię i nazwisko:

.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

seria i numer dowodu (podać w przypadku braku numeru pesel):

.....

oświadczam, że wypisuję się na własne żądanie przed konsultacją z lekarzem prowadzącym  
leczenie.

Jednocześnie proszę o przesłanie karty informacyjno-wypisowej na poniższy adres:

.....

.....

.....

*Data i czytelny podpis Pacjenta*

Przyjmujący oświadczenie:

.....

*Data i czytelny podpis pracownika przyjmującego oświadczenie*