



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 dziecko:

imię i nazwisko:.....

PESEL:

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

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

.....

na własne żądanie przed konsultacją z lekarzem prowadzącym leczenie.

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

.....

.....

.....

Data i czytelny podpis Oświadczającego

Przyjmujący oświadczenie:

.....

Data i czytelny podpis pracownika przyjmującego oświadczenie