

Pieczęć zakładu leczniczego

**POTWIERDZENIE ODBIORU RZECZY CHOREGO**

Nr ks. gł. ....

Imię i nazwisko .....

Przybył(a) do szpitala dnia ..... 20 ..... r.

Oddał(a) na przechowanie następujące rzeczy:

	dla izby przyjęć					
	Nazwa odzieży	Opis i stan	Liczba	Nazwa odzieży	Opis i stan	Liczba
	biustonosz			podwiązki		
	bluzka			pończochy		
	halka			rękawiczki		
	kalesony			skarpetki		
	kamizelka			spodnie		
	koszula			spódnica		
	koszulka			stanik		
	majtki			sukienka		
	marynarka			sweter		
	nakrycie gł.			szalik		
	obuwie					
	palto					
	plaszcz					

.....  
podpis chorego oddającego rzeczy

.....  
podpis przyjmującego

Mz/Szp-20

zlec. 1268/17



tel./fax 33 499 00 30, www.remib.eu