

KARTA DOSTAW - ŻYWIENIE POZAJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Potwierdzam, że jest mi znany całodobowy telefon kontaktowy do ośrodka leczenia żywieniowego (podpis pacjent)

KAŻDA DOSTAWA JEST POTWIERDZANA W KARCIE PRZEZ PACJENTA LUB JEGO RODZINĘ LUB OPIEKUNA.

DATA	PREPARAT	ILOŚĆ	J. m.	PODPIS DOSTAWCY	PODPIS PACJENTA (OPIEKUNA)
	SPRZĘT				