Miejscowość……………………………….

 Data……………………………………….

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

(POZ, Szpitala)

**SKIEROWANIE**

Kieruję Pana/Panią………………………………………………………………..

PESEL……………………………………..do Hospicjum Stacjonarnego

Caritas AW w Warszawie, ul. Krakowskie Przedmieście 62

Rozpoznanie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Pieczątką i podpis lekarza kierującego