

Dane jednostki kierującej: nazwa jednostki, komórki,
adres miejsca udzielania świadczeń, NIP, REGON,
część V i VII kodów resortowych

.....
(Data wystawienia skierowania)

SKIEROWANIE
na Rehabilitację Stacjonarną Ogólnoustrojową

Puckie Centrum Medyczne sp. z o.o.
ul. Wojska Polskiego 22, 84-100 Puck

Kieruję Pana / Panią lat

adres zamieszkania:

PESEL:

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

 telefon:

Rozpoznanie:

..... kod ICD-10:

.....
pieczęć i podpis lekarza kierującego