…….. ……..

(pieczęć nagłówkowa jednostki kierującej) (Miejscowość, data)

22 Wojskowy Szpital
Uzdrowiskowo – Rehabilitacyjny SP ZOZ
Ul. Wojska Polskiego 5
87 – 720 Ciechocinek
Fax 54 237 7407

S K I E R O W A N I E *

na turnus leczniczo – profilaktyczny
do 22 Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo – Rehabilitacyjnego SP ZOZ w Ciechocinku

Kieruję Panią/Pana ……..
(stopień, imię i nazwisko)

zam. ……..
(kod pocztowy, miejscowość ulica)

PESEL: | | | | | | | | | | |

pełniącego służbę w : ……..
(numer jednostki wojskowej, miejscowość)

na turnus leczniczo-profilaktyczny w 22 Wojskowym Szpitalu Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnym

w Ciechocinku, w terminie ……

tel. kontaktowy do osoby kierowanej …….

Liczba pełnoletnich najbliższych członków rodziny (imię i nazwisko, PESEL) oraz liczba niepełnoletnich najbliższych członków rodziny (imię i nazwisko, PESEL) .....

……

UWAGI: ……

……

…….. ……..
(pieczęć i podpis lekarza JW - kierującego) (pieczęć i podpis Dowódcy JW – kierującego)

***Proszę przesłać na podany numer faksu.** Oryginał skierowania podstawą przyjęcia na pobyt.

W sprawie rezerwacji lub dodatkowych informacji prosimy o kontakt z recepcją
22 Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo – Rehabilitacyjnego: tel. 54 283 7250 lub 251
www.22wszur.pl