Pieczęć jednostki kierującej

……

miejscowość, data

SKIEROWANIE DO WENTYLACJI MECHANICZNEJ do

VitalAire Sp. z o.o.
ul. Strzeszyńska 33
60-479 Poznań
tel.: 61 869 93 88

Imię: ……

Nazwisko: ……

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

Adres zamieszkania: ……

Telefon: ……

Rozpoznanie: ……

……

ICD – 10 : ……