

Pieczczę jednostki kierującej

.....

miejsowość, 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 :

podpis i pieczęć lekarza