

SP ZOZ w Wolsztynie

.....
nazwa komórki organizacyjnej

Karta depozytowa pacjenta nr

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Pesel

Wykaz rzeczy wartościowych

L.p.	Nazwa	
.....
.....
.....
.....
.....

Osoby składające depozyt:

Imię i nazwisko

Podpis

Data spisania depozytu

Przyjmuję depozyt zgodny ze stanem w karcie.

Data i podpis osoby odbierającej depozyt: