

SP ZOZ Wolsztyn

.....
nazwa komórki organizacyjnej

Karta depozytowa pacjenta nr

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia

Adres zamieszkania.....

Pesel

Wykaz rzeczy wartościowych

L.p.	Nazwa	Ilość sztuk
.....
.....
.....
.....
.....

Osoby składające depozyt:

Imię i nazwisko

Podpis

Data spisania depozytu

Przyjmuję depozyt zgodny ze stanem w karcie.

Data i podpis osoby odbierającej depozyt: