

/pieczętka placówki służby zdrowia/

Dąbrowa Górnicza, dnia

**ZALECENIA
DOTYCZĄCE PIELEGNACJI**

Nazwisko i imię

zam. Dąbrowa Górnicza, ul.

Zalecam pielęgnację polegającą na:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
/ podpis i pieczętka lekarza /