

/pieczęć placówki służby zdrowia/

Dąbrowa Górnicza, dnia .....

**ZALECENIA  
DOTYCZĄCE PIELEGNACJI**

Nazwisko i imię .....

zam. Dąbrowa Górnicza, ul.....

Zalecam pielęgnację polegającą na:

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

.....  
/ podpis i pieczęć lekarza /

Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r