

Szczepieszynie, dnia .....

Informuję, że dla mojej/-go podopiecznej/-go: .....

(Imię i nazwisko podopiecznego)

nad którym sprawuję bezpośrednią opiekę, lekarzem POZ jest: .....

(Imię i nazwisko lekarza POZ)

.....  
(Nazwa i adres przychodni POZ)

.....  
(Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)