

.....  
*miejsowość , data*

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*adres zamieszkania*

.....

## **OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Zostałam/em poinformowana/y przed hospitalizacją, że SP ZOZ w Słupcy nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy osobiste pacjenta, rzeczy wartościowe pacjenta(bizuterię , pieniądze itp.) nie zdeponowane w Szpitalnym depozycie

.....  
podpis pacjenta