

Rybno,

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany

.....

(Imię i Nazwisko Pacjenta)

oświadczam, że jestem pacjentem zadeklarowanym do przychodni:

.....

(nazwa i adres przychodni)

która aktualnie nie udziela świadczeń zdrowotnych z powodu zamknięcia przychodni w związku z COVID-19.

.....

(podpis Pacjenta)