



Pieczęć jednostki kierującej

.....

miejsowość, data

**SKIEROWANIE DO HOSPICJUM do**

**VitalAire sp. z o.o.**  
**(dawniej: HELP VitalAire Sp. z o.o. oraz St. Vincent Medical Center Sp. z o.o.)**  
**ul. Strzeszyńska 33**  
**60-479 Poznań**  
**tel.: 61 869 93 88**

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

Rozpoznanie: .....

.....

ICD – 10 : .....

