

Dokument nr 17.

**SKIEROWANIE DO WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU**

***„USŁUGI ZDROWOTNE DLA NIESAMODZIELNYCH  
W BIELSKU-BIAŁEJ”***

**Imię i nazwisko:**.....

**Pesel:**.....

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

.....  
*/data i podpis lekarza POZ/*