Załącznik nr 7

KARTA DOSTAW - ŻYWIENIE DOJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH

Imię i nazwisko pacjenta……..

Adres zamieszkania……..

PESEL…….

Potwierdzam, że jest mi znany całodobowy telefon kontaktowy do personelu ośrodka leczenia żywieniowego …… (podpis pacjenta)

KAŻDA DOSTAWA JEST POTWIERDZANA W KARCIE PRZEZ PACJENTA LUB JEGO RODZINĘ LUB OPIEKUNA.

DATA	PREPARAT	ILOŚĆ	J. m.	PODPIS DOSTAWCY	PODPIS PACJENTA (OPIEKUNA)
	SPRZĘT				