

Racibórz, dnia .....

Informuję, dla mojej/-go podopiecznej/-go:

.....

(Imię i nazwisko podopiecznego)

nad którym sprawuję bezpośrednią opiekę, lekarzem POZ jest:

.....

( Imię i nazwisko lekarza POZ)

.....

(Nazwa i adres przychodni POZ)

.....

(Podpis osoby opiekuna prawnego lub  
członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)