

.....
(miejscowość i data)

BIURO ZARZĄDU
Jaworskie Centrum Medyczne
ul. Szpitalna 3
59-400 Jawor

WNIOSEK O ZGODĘ NA PRZEPUSTKĘ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przepustkę dla Pacjenta:

.....

Pobyt czasowy w dniach: od do

Uzasadnienie:

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

Z poważaniem,

.....