

Do:
Stowarzyszenia Wspierania
Opieki Paliatywnej
w Poznaniu, Szamarzewskiego 62

Zwracam się z prośbą o objęcie mnie opieką przez Stowarzyszenie.

imię: nazwisko:

ulica, nr domu:

kod poczt.: miejscowość:

tel. kontakt.: tel. najbliższych/opiekuna:

czytelny podpis

wypełnia członek zespołu kwalifikacyjnego

UZASADNIENIE

Poznań, dnia: _____ podpis: _____