

Racibórz, dnia

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

.....
(Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

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)