

Ostrołęka, dnia.....

Dane wnioskodawcy:

.....

.....

.....

telefon.....

Wniosek o wydanie karty parkingowej dla opiekuna pacjenta

W związku z potrzebą pełnienia opieki nad pacjentem

przebywającym na oddziale

Proszę o wydanie karty parkingowej na okres..... dni (od.....do.....)

Proszę o przedłużenie aktywacji karty parkingowej odni do.....

.....

Podpis Wnioskodawcy

Potwierdzam potrzebę wydania karty dla opiekuna pacjenta szpitala:

.....

*(Podpis/pieczęć pracownika szpitala
- ODDZIAŁ).*

Potwierdzam odbiór karty parkingowej o numerze

.....

*Podpis wydającego kartę
- KASA SZPITALA).*

.....

Podpis odbierającego kartę