****

**DANE PRZYDATNE PODCZAS HOSPITALIZACJI PACJENTA:**

**Imię i nazwisko PACJENTA: ……………………………………………………….……………………….…………...**

**PESEL: ……………………..…………………………………………………………………………………………….………..**

**Numer telefonu kontaktowego: ……………...………………………………………………..…………....….….**

**Dane osoby DO KONTAKTU:**

**Imię i nazwisko: …………………………………….……………………………….………………………………..…...**

**Stopień pokrewieństwa: ……………………………………………………………………………………..…….…..**

**Numer telefonu kontaktowego: ……………...………………………………………………..………..…….….**

**………………………………………………….. …………………………………………………..**

 **Podpis Pacjenta Podpis osoby do kontaktu**