

53

2021

SP ZOZ Oborniki  
ul. Szpitalna 2  
64-600 Oborniki

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o istniejących  
Prawach i Obowiązках pacjenta, przebywającego w Szpitalu  
w Obornikach.

.....  
data i podpis pacjenta .....