

Wrocław, dnia ..... 2-11-2018 .....

.....  
oznaczenie (pieczęć) zakładu,

**KARTA DEPOZYTOWA ODZIEŻY** Nr .....

**DANE PACJENTA:**

NR księgi głównej Szpitala .....

Imię: ..... nazwisko .....

PESEL ..... data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania, / adres do korespondencji

[illegible]

data i podpis osoby składającej depozyt

dane osoby upoważnionej do odebrania depozytu również w przypadku śmierci (seria i nr dowodu osobistego)

data i podpis osoby przyjmującej depozyt

potwierdzenie odebrania depozytu, data i podpis osoby odbierającej depozyt

data i podpis osoby przyjmującej depozyt

\*\* odzież zabrudzona

1. krwią
2. moczem
3. kałem
4. wymiocinami
5. inne zabrudzenia

wczwawanie do odbioru depozytu wysłano w dniu:

1.  
2.  
komisję kasacyjną powołano w dniu:

\* podpis drugiego pracownika przyjmującego depozyt w przypadku, gdy stan pacjenta wyklucza jego świadomy udział w zdeponowaniu rzeczy