



Wrocław, dnia .....

.....  
oznaczenie (pieczętka) zakładu

## KARTA DEPOZYTOWA - DEPOZYT WARTOŚCIOWY Nr .....

Przyjęcia od pacjenta / pacjenta nieprzytomnego przedmiotów wartościowych, dokumentów, pieniędzy.

### DANE PACJENTA:

1. Nazwisko i imię pacjenta .....
2. NR księgi głównej Szpitala .....
3. Data i miejsce urodzenia, imiona rodziców  
.....
4. Adres zamieszkania / adres do korespondencji  
.....
5. Data i godzina przyjęcia .....

### WYKAZ PRZYJMOWANYCH PRZEDMIOTÓW, DOKUMENTÓW, PIENIĘDZY :

1. Środki płatnicze: waluta/kwota/słownie kwota)  
a ...../...../.....  
b ...../...../.....  
c ...../...../.....  
d ...../...../.....
2. Dokumenty (numer/ nazwa dokumentu)  
a ...../...../.....  
b ...../...../.....  
c ...../...../.....  
d ...../...../.....
3. Rzeczy wartościowe (opis przedmiotu)  
a ...../...../.....  
b ...../...../.....  
c ...../...../.....  
d ...../...../.....

Upoważniam / nie upoważniam ..... do  
(imię i nazwisko)  
odbioru depozytu wartościowego, również w przypadku mojej śmierci.

.....  
Imię i nazwisko, podpis pracownika medycznego komórki organizacyjnej  
(przyjmującego depozyt)

.....  
Czytelny podpis pacjenta

.....\*  
podpis osoby przyjmującej rzeczy od pacjenta

.....  
podpis osoby przekazującej rzeczy do kasy szpitala

.....  
podpis osoby przyjmującej rzeczy do kasy szpitala

.....  
czytelny podpis pacjenta lub podpis, seria i nr dowodu osobistego osoby odbierającej - upoważnionej do odbioru depozytu

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