



Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie

POTWIERDZENIE PRZEKAZANIA RZECZY PACJENTA DO PRANIA

.....
/ Nazwisko i imię pacjenta /

.....
/ Data przekazania do prania /

Nazwa odzieży	Uwagi odnośnie stanu przekazanych rzeczy	Ilość
Biustonosz		
Bluzka		
Halka		
Kalesony		
Kamizelka		
Koszula		
Kurtka		
Majtki		
Marynarka		
Nakrycie głowy		
Obuwie		
Pończochy		
Płaszcz		
Rajstopy		
Rękawiczki		
Skarpety		
Spodnie		
Spódnica		
Sukienka		
Szalik		
Sweter		

.....
/ Podpis osoby przyjmującej rzeczy /