

Załącznik Nr 6 do zarządzenia Nr 167/2019/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 listopada 2019 r.

KARTA DOSTAW - ŻYWIENIE POZAJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

Potwierdzam, że jest mi znany całodobowy telefon kontaktowy do ośrodka leczenia żywieniowego (podpis pacjent)

KAŻDA DOSTAWA JEST POTWIERDZANA W KARCIE PRZEZ PACJENTA LUB JEGO RODZINĘ LUB OPIEKUNA.

DATA	PREPARAT	ILOŚĆ	J. m.	PODPIS DOSTAWCY	PODPIS PACJENTA (OPIEKUNA)
	SPRZĘT				