Data, dn……………………………………………….

**ZLECENIE**

**Zlecenie na wykonywanie specjalistycznych usług opiekuńczych przez**

**Stowarzyszenie na rzecz osób z kryzysami psychicznymi Przyjazna Dłoń**

Nazwisko i imię ………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie (po polsku)……………………………………………………………………………………………………………………...

Stan zdrowia wymaga zapewnienia opieki osoby drugiej w wymiarze:………………………………………………

(Ilość godzin tygodniowo/miesiącu)

……………………………………………………………….

/Podpis i pieczątka lekarza/

Stowarzyszenie na rzecz Osób z kryzysami psychicznymi "Przyjazna Dłoń" ul. Chrobrego 56, 80-423 Gdańsk, tel. +48 58 3411083, mail. biuro@przyjaznadlon.pl; przyjaznadlon.pl 

Data, dn……………………………………………….

**ZLECENIE**

**Zlecenie na wykonywanie specjalistycznych usług opiekuńczych przez**

**Stowarzyszenie na rzecz osób z kryzysami psychicznymi Przyjazna Dłoń**

Nazwisko i imię ………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie (po polsku)……………………………………………………………………………………………………………………...

Stan zdrowia wymaga zapewnienia opieki osoby drugiej w wymiarze:…………………………………………………

(Ilość godzin tygodniowo/miesięcznie)

……………………………………………………………….

/Podpis i pieczątka lekarza/

Stowarzyszenie na rzecz Osób z kryzysami psychicznymi "Przyjazna Dłoń" ul. Chrobrego 56, 80-423 Gdańsk, tel. +48 58 3411083, mail. biuro@przyjaznadlon.pl; przyjaznadlon.pl 