

## OŚWIADCZENIE OSOBY WSKAZANEJ DO KONTAKTU

**Dotyczy Pacjenta:** .....

**RODZINA:** Imię i nazwisko (pokrewieństwo)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Adres:**

.....  
.....

**Telefon:**

1. ....
2. ....

**Dokładny adres Poradni Rodzinnej / POZ Pacjenta**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*(Imię i nazwisko Lekarza POZ)*

**Kontakt:**

Zakład Opieki Długoterminowej EPIONE, 40-431 Katowice, ul. Szopienicka 59  
BIURO ZOD – tel. **798 918 872** lub **32 411 00 00** wew. 8