



Fundusze Europejskie  
dla Mazowsza

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**Mazowsze.**  
serce Polski

Załącznik nr 5 do Regulaminu

.....  
Pieczęć podmiotu leczniczego

**SKIEROWANIE DO MAZOWIECKIEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**  
ul. gen. R. Abrahama 16, 03-998 Warszawa

**Niniejszym kieruję:**

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....  
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....  
Nr telefonu do kontaktu

.....  
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....  
Rozpoznanie w języku polskim według ICD – 10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis lekarza