

Załącznik nr 2 do Regulaminu wypożyczenia sprzętu medycznego

.....
Miejscowość i data

.....
Nazwisko i imię osoby zamawiającej

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Nr konta bankowego (do zwrotu kaucji)

**Stowarzyszenie
Przyjaciół Klasztoru Braci Mniejszych Kapucynów
w Stalowej Woli – Rozwadowie "Pokój i Dobro"
ul. Klasztorna 27
37-464 Stalowa Wola**

Proszę o wypożyczenie dla chorej/ chorego

.....
Zamieszkałego PESEL

Osoba chora jest moim rodzicem/dzieckiem/krewnym/sąsiadem.

Przewidywany okres użytkowania sprzętu (jeżeli da się określić)

Sprzęt będzie użytkowany pod adresem

W załączeniu informacja od lekarza potwierdzająca potrzebę w/w sprzętu.

.....
Czytelny podpis