



KWIT DEPOZYTU UBRANIOWEGO NR.....

- 1. OŚWIADCZENIE PACJENTA SKŁADAJĄCEGO RZECZY DO MAGAZYNU DEPOZYTU UBRANIOWEGO ☐ ***
- 2. KOMISYJNE OŚWIADCZENIE PRZEKAZANIA RZECZY PACJENTA DO MAGAZYNU DEPOZYTU UBRANIOWEGO ☐ ***
- 3. KOMISYJNE OŚWIADCZENIE PRZEKAZANIA RZECZY PACJENTA ZMARŁEGO DO MAGAZYNU UBRANIOWEGO ☐ ***

Nazwa Kliniki/Oddziału.....

Nazwisko i imię.....

Nr Księgi głównej...../20.....rok, PESEL.....

Data i miejsce urodzenia

Adres i miejsce zamieszkania.....

Adres do korespondencji.....

| NAZWA ODZIEŻY | Opis i stan | Ilość | NAZWA ODZIEŻY | Opis i stan | Ilość |
|---------------|-------------|-------|---------------|-------------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* Właściwe Zaznacz „X”



| NAZWA ODZIEŻY | Opis i stan | Ilość | NAZWA ODZIEŻY | Opis i stan | Ilość |
|---------------|-------------|-------|---------------|-------------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

-----¹
Data i czytelny podpis **pacjenta/ki** składającej/go przedmioty do Magazynu Ubraniowego

Oświadczenie Pacjenta: do odbioru zdeponowanych powyżej rzeczy upoważniam:

Nazwisko i imię.....

Adres zameldowania.....

Telefon do kontaktu.....

Data i czytelny podpis **pacjenta/ki**

Komisja spisująca: ^{2, 3}

1-----

2-----

Data i czytelne podpisy osób spisujących w **klinice/oddziale/IP**



Data i czytelny podpis osoby upoważnionej z **kliniki/oddziału/IP** do przekazania rzeczy do Magazynu Ubraniowego dla pacjentów hospitalizowanych w IK ^{2, 3}

Data i czytelny podpis **upoważnionego** pracownika podmiotów prawnych świadczących w tym zakresie usługi na rzecz Instytutu Kardiologii **w IP** do przyjęcia przedmiotów do Magazynu Ubraniowego

Zdeponowane powyżej wymienione rzeczy wydałam/łem:

Na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość:.....

Data i czytelny podpis **upoważnionego** pracownika podmiotów prawnych świadczących w tym zakresie usługi na rzecz Instytutu Kardiologii **w IP** do wydania przedmiotów z Magazynu Ubraniowego

Zdeponowane powyżej wymienione rzeczy odebrałam/lam:

Data i czytelny podpis **pacjenta** lub **osoby upoważnionej przez pacjenta**

Legenda:

¹ pacjent osobiście przekazuje przedmioty do MDPW /Magazyn Depozytu Przedmiotów Wartościowych

² wypełnić w przypadku komisijnego spisu przedmiotów wartościowych w klinice/oddziale

³ wypełnić w przypadku komisijnego spisu przedmiotów pacjenta zmarłego w klinice/oddziale

IP – Izba Przyjęć