Olecko dn. ……………

**POKWITOWANIE**

Kwituję odbiór dokumentacji z leczenia ambulatoryjnego z Poradni Zdrowia Psychicznego w Olecku ul. 11 Listopada 23

Imię i nazwisko ………………………………………….……………………………….……..

Adres ……………………………………..……………………………….………….

Nr historii choroby …………………………….. Data urodzenia ……………………...………..

…………………………………..

Czytelny podpis i data odbioru dokumentacji