

*Załącznik nr 2 do Regulaminu wypożyczania sprzętu medycznego*

.....  
Imię i nazwisko osoby zamawiającej

.....  
Miejscowość i data

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Nr telefonu do kontaktu

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

**KLASZTOR ZAKONU BRACI MNIEJSZYCH  
KAPUCYNÓW W STALOWEJ WOLI  
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 używania sprzętu (jeśli da się określić) .....

Sprzęt będzie używany pod adresem .....

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

.....  
Czytelny podpis