

Pieczętka oddziału

Dowód depozytowy nr.....

Imię i nazwisko pacjenta

Data i miejsce urodzenia, PESEL

Adres zamieszkania lub adres do korespondencji

Spis rzeczy wartościowych i opis

Do odbioru depozytu upoważniam (imię, nazwisko, adres osoby upoważnionej)

Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję Regulamin Zabezpieczenia Przedmiotów Wartościowych obowiązujący w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie

.....
Czytelny podpis pacjenta

.....
Podpis osoby przekazującej rzeczy wartościowe

lub w przypadku osoby nieprzytomnej niezdolnej do zrozumienia informacji podpis

1. pielęgniarki..... 2. innego pracownika szpitala

Data przyjęcia depozytu.....

Czytelny podpis pracownika szpitala przyjmującego depozyt

Data przekazania depozytu do kasy i podpis kasjera

Data wydania depozytu pacjentowi.....

Podpis osoby odbierającej depozyt.....

W przypadku nie odebrania depozytu w ciągu trzech lat od daty jego złożenia, depozyt przechodzi na własność Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.