

....., dnia.....

(Miejscowość i data)

Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
Śląska Izba Lekarska
Ul. Grażyńskiego 49a
40-126 Katowice

Zawiadomienie o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego

.....
(Imię i nazwisko pacjenta)

.....
(numer PESEL pacjenta)

.....
.....
(Adres do korespondencji)

.....
(Data zdarzenia)

.....
.....
(Nazwa i adres placówki medycznej/gabinetu lekarskiego)

.....
(Imię i nazwisko lekarza, jeśli jest znane)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(Własnoręczny podpis pacjenta)

Załączniki (jeśli są dołączane):

-
-
-