Załącznik nr 1 z dnia 10.10.2016r.
do REGULAMIN DEPOZYTU WARTOŚCIOWYCH
RZECZY PACJENTÓW ORAZ MAGAZYNU RZECZY CHORYCH

KARTA DEPOZYTOWA

MAGAZYN RZECZY CHORYCH Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach 16-400 Suwałki, ul. Szpitalna 60 NIP 844-17-86-376, REGON 790319362 tel. sekret.:87) 5629421, tel. **Magazyn Rzeczy Chorych : 87) 5629249**	……. *(numer karty)* ……. *(numer księgi głównej Szpitala)*

I. DANE OSOBOWE NIEZBĘDNE DO ZIDENTYFIKOWANIA PACJENTA

1. Imię, nazwisko oraz data i miejsce urodzenia:

……

……

2. Adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji:

…….
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)

3. Numer PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	4. Numer telefonu: ……

II. SPIS PRZEDMIOTÓW ODDANYCH DO DEPOZYTU

Lp.	Dokładne określenie: nazw przedmiotów, rodzajów, cech indywidualnych, barwy, marek oraz stanu zużycia	Ilość przedmiotów (słownie)

……. *(data wypełnienia karty)*	……. ……. ……. *(podpisy osób przyjmujących depozyt)* ……. *(podpis pacjenta)*

…….
(czytelny podpis, seria i nr dowodu osobistego osoby upoważnionej do odbioru depozytu)

Uwaga: **RZECZY Z DEPOZYTU ODBIERA SIĘ OD PONIEDZIAŁKU DO PIĄTKU W GODZINACH OD 8'00 DO 14'30**

Depozyt odebrałem/łam dnia: ……	…… *(czytelny podpis osoby odbierającej depozyt)*

Wezwanie do odbioru depozytu wysłano dnia: ……