

.....  
-pieczęć zakładu leczniczego

Depozyt czynny  
od poniedziałku do piątku  
7:00 - 10:00  
13:00 - 14:00

### Potwierdzenie odbioru rzeczy chorego

Nr ks. gł. ....

Imię i nazwisko .....

Przybył(a) do szpitala dnia .....  
oddał(a) na przechowanie następujące rzeczy:

Nazwa odzieży	Opis i stan	Ilość	Nazwa odzieży	Opis i stan	Ilość
dla zdającego (chorego)	Bluzka		Płaszcz		
	Koszula		Bluza polarowa		
	Koszulka		Sweter		
	Marynarka		Rękawiczki		
	Nakrycie gł.		Szalik		
	Obuwie		Spodnie		
	Kurtka		Spódnica		
	.....		Sukienka		

.....  
podpis oddającego chorego

.....  
podpis przyjmującego