

CENTRUM MEDYCZNE „ŻELAZNA” Sp. z o.o.

Warszawa, ul. Żelazna 90, tel. 22 5369300, fax 22 838-24-52, e-mail: szpital@szpitalzelazna.pl

ZGŁOSZENIE WYBORU POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Imię i nazwisko	
PESEL matki lub serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	

Niniejszym przekazuję dane wybranej przeze mnie położnej podstawowej opieki zdrowotnej, która obejmie mnie i moje dziecko opieką po porodzie.

Nazwa placówki			
Adres placówki		Dane położnej POZ (imię, nazwisko, telefon)	
telefon			
fax			

Zostałam poinformowana, że po urodzeniu mojego dziecka Centrum Medyczne „Żelazna” sp. z o.o. dokona zgłoszenia porodu (zgodnie z wytycznymi zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015 roku Dz.U. 1514/2015) zgodnie z danymi podanymi przeze mnie w niniejszym Zgłoszeniu

Data, czytelny podpis

.....