Zał. nr 3a do umowy Nr……………../DA/2025/TURN

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………. | …………..……………., dnia …………………. |
| (pieczęć nagłówkowa jednostki kierującej) | (miejscowość, data wystawienia skierowania) |

**SKIEROWANIE ŻOŁNIERZA NA TURNUS LECZNICZO-PROFILAKTYCZNY**

Kieruję Pana/Panią

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

(stopień, imię i nazwisko)

zam.: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

(adres zamieszkania, kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu)

nr PESEL: ………………………………………………………………………………………………………………………………

pełniącego(-cą) służbę w: ..........................................................................................................................................................................

(nazwa i adres jednostki organizacyjnej)

na turnus leczniczo-profilaktyczny w ………………………………….............................................. Wojskowym Szpitalu Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnym (nr WSzUR)

w ............................................................................... w terminie od ....................................... do ..........................................................\*).

(miejscowość)

Telefon kontaktowy do osoby kierowanej: ................................................................................................................................................

Uwagi\*\*)

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

Dane pełnoletniego najbliższego członkach rodziny (imię, nazwisko, data urodzenia i stopień pokrewieństwa):

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

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

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

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

(data, pieczęć i podpis lekarza kierującego)

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

(data, pieczęć i podpis organu / podmiotu kierującego)

\*)

Termin pobytu należy uzgodnić z biurem obsługi kuracjusza szpitala uzdrowiskowo-rehabilitacyjnego.

\*\*)

Np. przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego.