Data ...................................

Imię i nazwisko

Adres osoby zwracającej się do Sądu

 **Sąd Rejonowy w ............................**

 **III Wydział Rodzinny i Nieletnich**

 **.........................................................**

 **.........................................................**

 Proszę o wyrażenie zgody zastępczej na pobyt i leczenie W Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach, ul. Szpitalna 54, 16-400 Suwałki w ..........................................................................................................( proszę podać nazwę komórki organizacyjnej) Panu/i .............................................................( imię i nazwisko pacjenta) PESEL ..............................................

Pan/i ................................................................nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody na leczenie i pobyt z powodu zaburzonej świadomości.

W załączeniu:

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

 Podpis osoby zwracającej się do Sądu