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