

Dnia:

REZYGNACJA Z PIERWSZORAZOWEJ WIZYTY PATRONAŻOWEJ
W DOMU NOWORODKA W CZASIE EPIDEMII COVID-19

Pani (imię i nazwisko matki dziecka) _____

Imię i nazwisko, data urodzenia dziecka _____

zamieszkała : _____

Rezygnuję z wizyt patronażowych położnej dla noworodka i położnicy.

Podpis matki:
