

oznaczenie podmiotu

.....  
miejscowość, data

## INFORMACJA DLA PIEŁĘGNIARKI POZ

Informuję, że w związku z ukończeniem 2 miesiąca życia przez

..... syna/córkę\*  
(imię i nazwisko dziecka)

Pani .....  
(imię i nazwisko matki)

PESEL dziecka / matki\* .....

Szpital Powiatowy im. M Skłodowskiej - Curie w Ostrowi Mazowieckiej SPZZOZ  
zakończył realizację wizyt patronażowych położnej poz obejmującą opieką  
noworodka do ukończenia 2 miesiąca życia oraz kobietę w okresie połogu

.....  
podpis matki

.....  
podpis położnej poz

Uwagi położnej poz dot. opieki nad dzieckiem do ukończenia 2-go m-ca życia:

WZOR