

Dane pacjenta:

....., dnia.....

.....

.....

.....

.....

PESEL:.....

Nr. Tel.....

Opolskie Centrum Rehabilitacji Sp.z.o.o.

W Korfantowie

Ul. Wyzwolenia 11

48-317 Korfantów

Mgr.inż. Wojciech Machelski

Prezes Zarządu

Wniosek o przyspieszenie operacji

Ja.....zwracam się prośba o przyspieszenie operacji.....ze względów zdrowotnych a także ze względu na uciążliwości związane z chorobą. Termin operacji został wyznaczony na dzień:.....r. jednak dolegliwości z jakimi codziennie się zmagam, są na tyle poważne ,że postanowiłem/ postanowiłam zwrócić się do Państwa o przyspieszenie zaplanowanej już operacji. Dolegliwości polegają na

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

W związku w powyższym, proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Załączniki:

1.....

.....

2.....

(podpis pacjenta)