Zał. nr 3a do umowy Nr 142/DA/2025/TURN

…………………………………………… ………………, dnia…………………

(pieczęć nagłówkowa jednostki kierującej) (miejscowość, data wystawienia skierowania**)**

**SKIEROWANIE ŻOŁNIERZA NA TURNUS LECZNICZO- PROFILAKTYCZNY**

Kieruje Pana/Panią

…………………………………………………………………………………………………………………..

(stopień, imię i nazwisko)

zam:.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(adres zamieszkania, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu lub lokalu)

nr PESEL:……………………………………………………………………………………………………...

pełniącego(-cą) służbę w :……………………………………………………………………………………..

(nazwa i adres jednostki organizacyjnej)

Na turnus leczniczo profilaktyczny w ……………………………………………... Wojskowym Szpitalu

w …………………………………………… w terminie od…………………… .do ………………………\*)

(miejscowość)

Telefon kontaktowy do osoby kierowanej:………………………………………………………………….........

Uwagi\*\*)……………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..

Dane pełnoletniego najbliższego członka rodziny (imię, nazwisko, data urodzenia i stopień pokrewieństwa):……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………..

(nazwa i adres jednostki organizacyjnej)

………………………………………..

(data, pieczęć i podpis organu/podmiotu kierującego)

\*) Termin pobytu należy uzgodnić z biurem obsługi kuracjusza szpitala uzdrowiskowo-rehabilitacyjnego.

\*\*) Np. przeciwskazania do leczenia uzdrowiskowego