zrzutka.pl



AB. ŚWIADCZENIODAWCA WYDAJĄCY KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A4. Nazwa świadczeniodawcy
SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 IM. PROF.TADEUSZA SOKOŁOWSKIEGO POMORSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W SZCZECINIE

A5. Adres świadczeniodawcy
UNII LUBELSKIEJ 1, 71-252 SZCZECIN

AC. INFORMACJE O POSIADACZU KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

AC.1. DANE PACJENTA

A6. Nazwisko
CZUDEK

A7. Imię (imiona)
BOŻENA

A8. Numer PESEL albo rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
PESEL.

A9. Wystawiono noworodkowi
☐

A10. Numer kolejny noworodka

A11. Data urodzenia

A12. Płeć
K

A13. Adres mieisca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)
73-120 CHOCIWEL

A14. Numer telefonu

A15. Adres poczty elektronicznej

AC.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

A16. Nazwisko

A17. Imię (imiona)

A18. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

AD. POTWIERDZENIE OTRZYMANIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZ

A19. Data i podpis posiadacza karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktyczn jednego z rodziców lub opiekuna prawnego

Cel zrzutki
3 000 zł

Pomoc w leczeniu nowotworu złośliwego nosogardła z przerzutami na węzły chłonne szyi.

Witam wszystkim! Mam 37 lat i trójkę dzieci. Jestem chora na nowotwór złośliwy nosogardła, który już został wyleczony przez chemioterapię i radioterapię. Czeka mnie dalsze leczenie, operacja i dalsza chemioterapia. Potrzebuję pieniędzy na...

Zeskanuj kod qr aparatem telefonu lub wejdź pod adres
https://zrzutka.pl/uhhrct