

**AB. SWIADCZENIODAWCA 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 <input type="checkbox"/>	
A10. Numer kolejny noworodka	A11. Data urodzenia	A12. Płeć K
A13. Adres miejsca 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 ONKOLOGICZNEGO**

A19. Data i podpis posiadacza karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego 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/uhrct>

