

**REWERS – WSPR OLSZTYN**

Data: .....r. Numer ZW / Nazwisko pacjenta: .....

<b>Deska ortopedyczna - duża</b>	<b>Deska ortopedyczna - dziecięca</b>	<b>KED</b>	<b>Szyna Kramera</b>	<b>PAŁATKA</b>
Klocki  szt. ....	Klocki  szt. ....	Poduszka  szt.....	Długa  szt.....	  szt.....
Paski czołowe  szt.....	Paski czołowe  szt.....	Paski czołowe  szt.....	Średnia  szt.....	
Komplet pasów do deski  szt.....	Komplet pasów do deski  szt.....		Krótką  szt.....	
<b>INNE np. stan czystości</b>				

**PRZEKAZANIE SPRZĘTU**.....  
czytelny podpis pracownika WSPR.....  
czytelny podpis pracownika szpitala**ODBIÓR SPRZĘTU**.....  
czytelny podpis pracownika WSPR.....  
czytelny podpis pracownika szpitala**ODMOWA ZWROTU SPRZĘTU**.....  
czytelny podpis pracownika WSPR.....  
czytelny podpis pracownika szpitala