

Bytów, dn

.....
(pieczęćka przychodzi)

**Miejski Ośrodek
Pomocy Społecznej
w Bytów**

Stwierdza się konieczność pomocy osoby drugiej w związku ze stanem zdrowia

Pani/Pana,

zam..... ul.,

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)