

Wrocław, ..... (data)

### POTWIERDZENIE

Potwierdzam, że ..... (imię i nazwisko opiekuna)  
opiekun Podopiecznego **Fundacji "Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową"**, pacjenta Kliniki  
Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej "Przyłądek Nadziei" we Wrocławiu  
..... (imię i nazwisko podopiecznego) został  
przeszkolony z przepłukiwania cewnika Broviaca i zmiany opatrunku w warunkach domowych.

.....  
(podpis pielęgniarki)