

Sr./Sra. XXXXX XXXXX XXXXX,
major d'edat, amb domicili a XXXXX i DNI XXXXX

MANIFESTA

☐ Que el seu ingrés és **No-Voluntari**

☐ Sol·licita ser admès **Voluntàriament** com a pacient de l'hospital

(marcar 1 sola opció)

...