

.....
Miejscowość, data

.....
(Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie
do NZOL w Nowym Siole)

.....
(Adres zamieszkania)

Ubezpieczony*:

☐ Podkarpacki Oddział NFZ

☐ Inny Oddział NFZ –
.....

☐ Nieubezpieczony w NFZ

*Zaznaczyć odpowiednie

PESEL:

Kontakt tel.:

Lekarz POZ:
(wpisać lekarza lub nazwę i adres zakładu opieki zdrowotnej)

**Niepubliczny Zakład Opiekuńczo – Leczniczy
w Nowym Siole, ul. Pałacowa 5
37-611 Cieszanów
Fax: (16) 631-19-61**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Nowym Siole,
ul. Pałacowa 5, gm. Cieszanów, pow. Lubaczów.

Prośbę swą motywuję złym stanem zdrowia, wymagam ciągłej opieki, choruję na:

.....
.....
.....
.....
Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie, zgodnie
z obowiązującymi przepisami.

.....
Własnoręczny podpis osoby starającej się
o umieszczenie w zakładzie lub podpis opiekuna
prawnego osoby ubezwłasnowolnionej

.....
Podpis osoby stwierdzającej
własnoręczność podpisu