

.....
Miejscowość, data

.....
(Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie
do NZOL „Ostoja” w Podemsczyźnie)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
PESEL:

Kontakt tel.:

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

Ubezpieczony*:

- Podkarpacki Oddział NFZ
 Inny Oddział NFZ -
.....
 Nie ubezpieczony w NFZ

* Zaznaczyć odpowiednie

Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy
„OSTOJA”
Podemsczyzna 18
37-620 Horyniec Zdrój
Fax: (16) 63-13-014

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy „OSTOJA” w Podemsczyźnie, gm. Horyniec Zdrój, pow. Lubaczów.

Prośbę swą motywuję złym stanem zdrowia, wymagam ciągłej opieki i pielęgnacji.

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