WNIOSEK

o przyjęcie i pobyt oraz wyrażenie zgody na reprezentowanie i załatwianie spraw związanych z pobytem w Specjalistycznym Centrum Pielęgnacyjno-Opiekuńczego 55-120 Oborniki Śląskie ul. Trzebnicka 49

!. Imię i Nazwisko …….

2. Miejsce zamieszkania ……

3. Data i miejsce urodzenia ……..

4. Stan cywilny ……..nr dowodu ……

5. Kontakt z opiekunem (rodziną) …….

……..
(Imię, nazwisko, adres, telefon)

…….. ……..
Data wpłynięcia wniosku do ZOL podpis Data i podpis osoby kierowanej do ZOL
lub jej przedstawiciela ustawowego

……
Pieczęć Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej lub
Lekarza wyk. Zad. Państwowego ZOZ
na podstawie przyjętego zamówienia