

WNIOSEK
O przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego

Dane osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego

1. Nazwisko i Imię
2. Miejsce zamieszkania wraz z kodem.....
.....
3. Data urodzenia.....stan cywilny.....
4. Dowód osobisty seria.....nr.....PESEL.....
5. Imię i nazwisko opiekuna prawnego lub najbliższej osoby (niepotrzebne skreślić)
.....
Stoień pokrewieństwa ww. osoby.....
Adres opiekuna prawnego lub najbliższej rodziny

.....
nr telefonu

Proszę o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego działającego przy Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o. na pobyt czasowy ze względu na
(uzasadnić powód):

.....
.....

Zostałem (am) poinformowany (a) o obowiązujących zasadach odpłatności
w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym

Adres poradni lekarza pierwszego kontaktu, do którego należy pacjent:

.....
.....

Imię i nazwisko lekarza pierwszego kontaktu, do którego należy pacjent:

.....
.....

.....
miejsce i data wypisania wniosku

.....
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu
lub prawnego opiekuna