

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO /**

Dane świadczeniobiorcy:

.....
Miejscowość, data

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

.....
(Adres zamieszkania)

.....
PESEL:

Tel.

Ubezpieczony*:

- Podkarpacki Oddział NFZ
- Inny Oddział NFZ -
.....
- Nieubezpieczony w NFZ

* Zaznaczyć odpowiednie

**Niepubliczny Zakład
Opiekuńczo-Leczniczy
„OSTOJA”
Podemsczyzna 18
37-620 Horyniec Zdrój**

Składam wniosek o przyjęcie mnie do Niepublicznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego „OSTOJA” w Podemsczyźnie.

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