

Mikołów, dnia

Do
Szpitala Św. Józefa Sp. z o.o.
ul. Okrzei 27, 43-190 Mikołów

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

I Dane osoby ubiegającej się do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

PESEL:.....

Miejsce zamieszkania wraz z kodem:.....

Tel.....

Nr Oddziału NFZ, do którego należy osoba ubiegająca się o przyjęcie do Zakładu

.....

II Dane osoby opiekującej się lub opiekuna prawnego

Imię i nazwisko opiekuna prawnego* lub najbliższej rodziny* (niepotrzebne skreślić)

.....

Stopień pokrewieństwa z osobą ubiegającą się o przyjęcie do Zakładu:.....

Adres zamieszkania opiekuna prawnego lub najbliższej rodziny:

.....

PESEL lub Nr dowodu osobistego.....

Tel.

III

Proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Szpitalu Św. Józefa w

Mikołowie ze względu na (uzasadnić powód):

.....

.....

Zostałem/am poinformowany o zasadach odpłatności w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym
W Szpitalu Św. Józefa w Mikołowie.

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

