

.....
(miejscowość, data)

Nazwisko

Imię

PESEL Dyrektor Samodzielnego Publicznego

Adres Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej

..... w Nowej Dębie

NIP

WNIOSEK

o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy SPZZOZ w Nowej Dębie w najwcześniejszym możliwym terminie.

Prośbę swą motywuję złym stanem zdrowia wymagającym ciągłej opieki. Choruję na:

.....
.....

W załączeniu wymagane dokumenty, tj.:

1. Zaświadczenie lekarskie
2. Wywiad pielęgniarski
3. Skierowanie do ZOL
4. Decyzja ZUS

.....
własnoręczny podpis osoby ubiegającej się
o umieszczenie w ZOL lub jej przedstawiciela ustawowego

Opinia Kierownika ZOL:

.....
.....

Dane kontaktowe osoby opiekującej się pacjentem:

Imię i nazwisko:

Adres: tel.

Dane kontaktowe osoby upoważnionej do otrzymania zwrotu nadpłaty za pobyt w ZOL:

Imię i nazwisko:

Adres: tel.