

.....  
(miejscowość, data)

Nazwisko .....

Imię .....

PESEL.....

Adres .....

.....

NIP.....

**Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego Zespołu  
Zakładów Opieki Zdrowotnej  
w Nowej Dębie**

### **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 osoby upoważnionej do otrzymania zwrotu nadpłaty za pobyt w ZOL:**

Imię i nazwisko: .....

Adres : ..... tel. ....