

Warszawa dnia

Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....

.....

.....

.....

PESEL

Telefon kontaktowy

Osoba upoważniona do kontaktu

Nazwa i adres poradni POZ do której pacjent jest zadeklarowany:

.....

.....

.....

Objęcie ubezpieczeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia *:

1. Mazowiecki Oddział Wojewódzki
2. Inny oddział NFZ
3. Nieubezpieczony

WNIOSEK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o :

1. Przyjęcie mnie do zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego

.....

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....

Podpis

* niepotrzebne skreślić