



Dnia,

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL tel.....

ADRES / Z KODEM POCZT./.....

DANE OPIEKUNA / ADRES I TELEFON/

.....

NUMER DOWODU OSOBISTEGO CHOREGO

nr ŚWIADCZENIA EMERYTALNEGO.....

**KIEROWNIK
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO W
USTRZYKACH DOLNYCH**

Proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Ustrzykach Dolnych ze względu na stan zdrowia oraz brak możliwości zabezpieczenia opieki lekarsko–pielęgniarskiej oraz fizykoterapii w środowisku domowym.

Jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za zakwaterowanie i wyżywienie w wysokości 70 % mojego dochodu zgodnie z obowiązującymi przepisami /Ustawa z dnia 27.08.2004r. o ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z póź. zm.)

.....

Podpis pacjenta lub opiekuna