

..... dn.

.....
Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

.....

.....

Dowód osobisty Seria Nr

PESEL

Objęcie ubezpieczonego przez:

1. Narodowy Fundusz Zdrowia
2. Narodowy Fundusz Zdrowia w
3. Nieubezpieczony

OŚWIADCZENIE

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w.....

Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
(podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego)

Wyrażam/ nie wyrażam* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

.....
(podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego)

* Niepotrzebne skreślić