WNIOSEK

**O przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego**

**Dane osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego**

1. Nazwisko i Imi**ę ……………………………………………………………………………………………………**
2. Miejsce zamieszkania wraz z kodem……………………........................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Data urodzenia……………………………………….stan cywilny……………………………………………..
2. Dowód osobisty seria………………nr………………………….PESEL………………………………………..
3. Imię i nazwisko opiekuna prawnego lub najbliższej osoby (niepotrzebne skreślić)

……………………………………………………………………………………………………………………………….

Stopień pokrewieństwa ww. osoby…………………………………………………………………………

 Adres opiekuna prawnego lub najbliższej rodziny ………………………………………………….

 ……………………………………………………………………………………………………………………………….

 nr telefonu ……………………………………………………..

 Proszę o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego działającego przy Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy na pobyt czasowy ze względu na

(uzasadnić powód):

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Zostałem (am) poinformowany (a) o obowiązujących zasadach odpłatności*

*w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym*

Adres Poradni lekarza pierwszego kontaktu, do którego należy pacjent:

…...............................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Imię i Nazwisko lekarza pierwszego kontaktu, do którego należy pacjent:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………. …………………………………………………..

miejscowość i data wypisania wniosku Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie

 do Zakładu lub prawnego opiekuna