

**WNIOSEK**  
**O przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego**

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

1. Nazwisko i Imię  
.....
2. Miejsce zamieszkania wraz z kodem.....  
.....
3. Data urodzenia.....stan cywilny.....
4. Dowód osobisty seria.....nr.....PESEL.....
5. Numer emerytury/renty.....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego lub najbliższej osoby (niepotrzebne skreślić)  
.....  
Stopień pokrewieństwa ww. osoby.....  
Adres opiekuna prawnego lub najbliższej rodziny  
.....

Proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego działającego przy Spółdzielni Inwalidów „Tęcza” ZPCH, 99-100 Łęczycza, ul. Lotnicza 2a 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:  
.....  
.....  
.....

.....  
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu lub prawnego opiekuna

.....  
miejscowość i data wypisania wniosku