

.....  
Miejscowość i data

.....  
imię i nazwisko pacjenta

PESEL .....

.....  
adres zamieszkania

### PODANIE

Proszę o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Gliwicach przy ul. Zygmunta Starego 19 na pobyt stały – czasowy.

Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie 70% mojej emerytury/renty tytułem odpłatności za pobyt w Zakładzie.

W przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym w trakcie jego pobytu w tym zakładzie opiekuńczym, obliczając opłatę uwzględnia się liczbę dni pobytu świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczym, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza zakładem opiekuńczym opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w zakładzie opiekuńczym.

.....  
podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL-u

-----  
Miejscowość, data.....

### U P O W A Ź N I E N I E

I. Ja niżej podpisana.....  
upoważniam Zakład Ubezpieczeń Społecznych do przekazywania w całości mojej emerytury/renty nr..... na adres **Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Gliwicach przy ul. Zygmunta Starego 19** celem pokrycia kosztów utrzymania.

Pozostałą część po rozliczeniu kosztów będę otrzymywać do rąk własnych na zasadach panujących w zakładzie.

Korespondencję proszę przysyłać na adres zakładu.

.....  
Podpis