

.....  
Miejscowość, data

## WNIOSEK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do Zakładu  
Opiekuńczo-Leczniczego, ul. Zygmunta Starego 19 w Gliwicach.

Nazwisko i imię .....

PESEL .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nazwisko rodowe .....

Imiona rodziców .....z domu .....

Stan cywilny .....imię męża.....

Adres zamieszkania .....

Nr dowodu osobistego .....data wydania.....

Organ wydający dowód osobisty.....

Nr legitymacji emeryta /rencisty.....data wydania.....

Nr renty/emerytury oddz. ZUS .....

Przynależność do oddz. NFZ .....

ZOZ, w którym leczył się pacjent .....

Lekarz POZ.....

Nazwisko i adres rodziny, telefony kontaktowe .....

.....

.....

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