

.....
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 rodzicówz domu

Stan cywilnyimię męża.....

Adres zamieszkania

Nr dowodu osobistegodata 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