

.....
 Imię i nazwisko osoby ubiegającej się
 o przyjęcie do zakładu

.....
 Miejsce zameldowania

.....
 PESEL , miejsce urodzenia

.....
 Imię i nazwisko osoby bliskiej
 lub opiekuna

.....
 Stopień pokrewieństwa

.....
 Adres zamieszkania

.....
 Telefon

.....
 Miejscowość, data

Szpital Wojewódzki
Zakład Opieki Pozaszpitalnej
Zakład Opiekuńczo Lecznicy
98-200 Sieradz
ul. Nenckiego 2

Proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy
 w Sieradzu na pobyt czasowy ze względu na

.....

.....

.....

(proszę podać krótkie uzasadnienie)

Zostałam/em poinformowana/ny o obowiązujących zasadach odpłatności za
 pobyt w w/w zakładzie.

.....