

////////////////////////////////////
(miejscowość i data)

WNIOSEK O PRZYJĘCIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W GNIEŹNIE

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PowiatGmina.....

Województwo.....Poczta.....

Data urodzeniaMiejsce.....

Dowód osobisty : seria.....Numer.....

Nr emerytury/renty.....

Oddział ZUS , KRUS , OPS

Stan cywilny.....

Imiona rodziców.....

NIP.....PESEL.....

Dane przedstawiciela ustawowego , lub członka rodziny sprawującego opiekę ew .Ośrodka Pomocy społecznej do którego pacjent przynależy

Imię i nazwisko.....

Adres.....
.....

Numer telefonu.....

Ja niżej podpisany (a) proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-leczniczego w Gnieźnie. Oraz wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt w zakładzie tj. wyżywienie i zakwaterowanie regulowanych odrębnymi przepisami.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych do celów związanych z pobytam

..... (podpis osoby kierowanej do ZOL)