

Jarosław, dnia .....

Nazwisko.....

Imię.....

PESEL.....

Adres.....

.....

NIP.....

## **WNIOSEK**

### **o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, ul. 3 Maja 70.

Prośbę motywuję złym stanem zdrowia wymagającym ciągłej opieki.  
Choruję na:

.....  
.....

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na opłacanie pobytu w ZOL z mojego dochodu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

W załączeniu wymagane dokumenty.

.....  
*własnoręczny podpis osoby ubiegającej się  
o umieszczenie w ZOL  
lub jej przedstawiciela ustawowego*

.....  
*podpis osoby stwierdzającej własnoręczność  
podpisu osoby ubiegającej się*

#### **Dane kontaktowe osoby opiekującej się pacjentem**

*Imię i nazwisko*.....

*Adres*.....

*Telefon*.....