

.....  
(miejsowość, data)

Nazwisko.....

Imię.....

PESEL.....

Adres.....

.....

NIP.....

**WNIOSEK**  
**o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego**  
**przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy SP ZOZ w Lubaczowie, ul. Mickiewicza 168.

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**.....