

....., dnia

Dane pacjenta:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

.....

PESEL:

WNIOSEK

o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Tomaszowie Lubelskim

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie*/Pani /Pana*

imię i nazwisko

do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim.

Ze względu na stan zdrowia, w/w osoba wymaga całodobowej opieki pielęgnacyjnej oraz opieki lekarskiej.

Zostałem/am poinformowany/a o opłacie za pobyt w Zakładzie zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Równocześnie oświadczam, że przedstawiono mi możliwość rezygnacji z usług Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim, jeśli warunki panujące w Zakładzie nie będą odpowiadały mi lub pacjentowi, co nie łączy się z dodatkowymi kosztami.

Zobowiązuję się informować Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim, o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej mojej*/pacjenta*, w szczególności: zmianie dochodu, pobycie w innym zakładzie opieki zdrowotnej, ośrodku pomocy społecznej itp.

Do wniosku dołączam wymagane dokumenty.

Dane osoby składającej wniosek:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

.....

Numer telefonu::

.....

(podpis osoby składającej wniosek)