Zakład Opiekuńczo Leczniczy
„HELP-MED”
97-310 Raciborowice 66
tel. 044 6168800, www.helpmed.pl

WNIOSEK
O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO „HELP-MED“ w Raciborowicach 66

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie

.....

Miejsce zamieszkania wraz z kodem pocztowym:

..... ul. ..... tel.: .....

Imiona rodziców — *Data i miejsce urodzenia*

....

PESEL

Nr emerytury lub renty

.....

*Imię, nazwisko i adres * opiekuna prawnego lub * najbliższej rodziny /niepotrzebne skreślić/*

.....

(kod pocztowy - miejscowość)..... ul. ..... tel.: .....

Stopień pokrewieństwa w/w osoby:

.....

OŚWIADCZENIE

Zostałem poinformowany o obowiązujących zasadach odpłatności w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym i wyrażam zgodę na jej potrącanie z moich świadczeń emerytalno-rentowych.
Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych, dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

Data i podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu lub jej opiekuna prawnego

.....

Opinia kwalifikacyjna przedstawiciela Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

.....

.....