

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

1. Imię i nazwisko:
2. Stan cywilny: PESEL:
Dowód osobisty: seria numer.....
3. Nr emerytury / renty / świadczenia:
.....
4. Adres i nr telefonu do kontaktu z rodziną lub opiekunem ustawowym:
.....
.....
5. Adres POZ

Objęty/ta jestem ubezpieczeniem przez : * (niepotrzebne skreślić)

1. Śląski oddział Wojewódzkiego NFZ
2. Inny Oddział Wojewódzki NFZ
3. Nie ubezpieczony /na

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
(podpis osoby kierowanej do ZOL
lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....
(miejscowość i data)