



Kraśnik, dnia.....

Imię i Nazwisko.....

PESEL:

Adres

.....

Adres do korespondencji:

.....

Tel.

**SPZOZ Kraśnik
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
ul. Chopina 13
23-200 Kraśnik**

WNIOSEK PACJENTA O UMIESZCZENIE W ZAKŁADZIE

Proszę o umieszczenie mnie w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SPZOZ w Kraśniku.

Zobowiązuję się do pokrywania kosztów mojego utrzymania w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Wyrażam zgodę na to, aby ZUS, KRUS i inne* bezpośrednio z mojej renty, emerytury lub zasiłku* potrącał koszty mojego utrzymania w zakładzie i przekazywał je bezpośrednio na konto SPZOZ w Kraśniku Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego, w którym zostaną umieszczony.

Upoważniam opiekuna.....
(imię i nazwisko, seria i nr dowodu osobistego)

do załatwiania wszelkich spraw związanych z moim pobytem w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym, włącznie z rozliczeniami finansowymi.

.....
/ podpis pacjenta/tki/