

....., dnia.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

PESEL.....

Objęcie ubezpieczeniem przez*:

1. Narodowego Funduszu Zdrowia Oddział w
2. Inny oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
3. Nieubezpieczony

WNIOSEK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o:

1. przyjęcie mnie do zakładu opiekuńczo-leczniczego/pielęgnacyjno-opiekuńczego*

.....

Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

2. objęcie opieką przez wybrany przeze mnie zespół długoterminowej opieki domowej*

.....

.....

Podpis

* niepotrzebne skreślić