



SZPITAL JARCEWO

Jarcewo; ul. Szkolna 12; 89-606 Charzykowy
tel. 52 334 26 31, fax: 52 334 33 34

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO **ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO**

Proszę o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer PESEL lub – w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu tożsamości)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy)