



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

Jako przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny / opiekun faktyczny / kurator*,
proszę o wydanie skierowania do Zakładu-Opiekuńczo Leczniczego dla
Pana / Pani:

.....
(imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

.....
(adres zamieszkania świadczeniobiorcy)

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

DANE OPIEKUNA:

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(adres zamieszkania opiekuna)

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis opiekuna)

* Właściwe zaznaczyć