

WNIOSEK

Wnoszę o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
N.Z.O.Z. "ZACISZE" Sp. z o.o.

.....
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE

DATA URODZENIAPESEL.....

ADRES

KASA CHORYCH.....

.....
MIEJSCOWOŚĆ DATA

.....
PODPIS OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

ZAŁĄCZNIKI

- 1.ZAŚ.LEKARSKIE
- 2.WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI
- 3.DOKUMENTY STWIERDZAJĄCE WYSOKOŚĆ DOCHODU OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE
LUB OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ ZA PONOSZENIE ODPLATNOŚCI ZA POBYT W ZAKŁADZIE
- 4.OŚWIADCZENIE ZGODY NA POTRĄCANIE OPŁAT ZA POBYT W ZAKŁADZIE

Dokument wewnętrzny obowiązuje od 01.01.2021r. wer.1
Domu Opieki „ZACISZE” w Łaznowskiej Woli



.....
IMIĘ I NAZWISKO

.....
ADRES ZAMIESZKANIA

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej określonej w art.233 & 1 Kodeksu Karnego : „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

Oświadczam co następuje :

Zapoznano mnie z treścią przepisów dotyczących odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym N.Z.O.Z.”ZACISZE”Sp. z o.o. i wyrażam zgodę na jej potrącanie z moich świadczeń emerytalno-rentowych.

Wyrażam / nie wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych.

.....
DATA I PODPIS

Dokument wewnętrzny obowiązuje od 01.01.2021r. wer.1
Domu Opieki „ZACISZE” w Łaznowskiej Woli