

WNIOSEK

Załącznik nr 2

o przyjęcie**do Zakładu Opiekuńczo –Leczniczego Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego****Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu**

Nazwisko i imię	
Adres zamieszkania miejscowość,kod pocztowy, ulica,nr domu	
Województwo, powiat, gmina	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Imiona rodziców	
Dowód osobisty seria, numer, data ważności	
Podstawa ubezpieczenia renta, emerytura, zasiłek stały nr świadczenia, data wystawienia, do kiedy	
OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONE Post. Sądu o ubezwłasnowolnieniu i ustanowieniu opiekuna prawnego/ kuratora Post. Sądu zgoda na umieszczenia w ZOL Sygn. Akt, kto wydał, data	
Kontakt z opiekunem prawnym, kuratorem, rodziną imię, nazwisko,adres,telefon kontaktowy	
Obecne miejsce pobytu	

Wyrażam zgodę na pobyt i leczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu oraz na odpłatność za pobyt zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135) oraz na pokrycie z mojego konta depozytowego brakującej części opłaty.

.....
(podpis,pieczęć lekarza kierującego).....
Data i podpis osoby kierowanej do ZOL lub
jej przedstawiciela ustawowego *

* w przypadku, gdy z wnioskiem występuje opiekun prawny osoby kierowanej do ZOL-u SPSNPCH w Międzyrzeczu ,
wymagane jest zezwoleńia sądu opiekuńczego