

**DANE PERSONALNE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJECIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO**

Nazwisko i Imię pacjenta

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Adres do kontaktu (adres pobytu)

.....

Nr telefonu do kontaktu

Informacja o zdeklarowanym lekarzu Podstawowej Opieki Zdrowotnej:

Nazwisko i imię lekarza

Nazwa Przychodni

Adres placówki

.....

Informacja o zdeklarowanej Pielęgniarce Środowiskowej:

Nazwisko i imię pielęgniarki

Nazwa Przychodni

Adres placówki

.....

Dane opiekuna lub osoby upoważnionej do występowania w imieniu pacjenta:

Nazwisko i imię

Nr telefonu kontaktowego

Adres e-mail

Adres korespondencyjny w sprawie pacjenta

.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby wypełniającej