**DEKLARACJA WYBORU ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO**

(dane opiekuna)

Ja, niżej podpisany(a)……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Stopień pokrewieństwa…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Dokładny adres……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Seria i numer dowodu osobistego …………………………..………………….PESEL…………………………………………………………

Telefony kontaktowe ………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**\*wyrażam zgodę na pobyt (imię nazwisko pacjenta )**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa placówki** | **Adres placówki** | **Telefon** |
| 1. | Zakład Opiekuńczo – Leczniczy | Oleśnica 132 08-117 Wodynie | (25) 785 60 69  517 016 511 |
| 2. | Zakład Opiekuńczo – Leczniczy | Krynka 1C 21-400 Łuków | (25)785 61 20  517 016 511 |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

\*właściwe wpisać

Wyrażam zgodę (nie wyrażam) na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

………………………………………………………… ……………………………………………………….

Miejscowość i data Podpis