

DEKLARACJA WYBORU ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

(dane opiekuna)

Ja, niżej podpisany(a).....

Stopień pokrewieństwa.....

Dokładny adres.....

.....

Seria i numer dowodu osobistegoPESEL.....

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