

WNIOSEK
o wydanie skierowania do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego

Objęta/y ubezpieczeniem przez*:

1. Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
2. Inny oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

.....
podać nazwę oddziału NFZ

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

Nazwisko i imię	
Adres zamieszkania: ulica i nr domu	
Kod pocztowy, miejscowość	
Województwo	
PESEL	
Stan cywilny	
Dowód osobisty (seria, nr)	
Nr emerytury/renty	
Kontakt z rodziną, opiekunem prawnym (Imię i nazwisko, adres, telefon komórkowy, stopień pokrewieństwa)
Obecnie przebywa	

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie/mojej podopiecznej* do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego w ZOD FREGATA sp. z o.o. przy ul. Bydgoskiej 14 w Świnoujściu.

.....
Data i podpis osoby kierowanej do ZPO
lub jego przedstawiciela ustawowego *

* niepotrzebne skreślić