

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA  
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO  
DANE ŚWIADCZENIOBIORCY**

.....  
IMIĘ I NAZWISKO

.....  
ADRES ZAMIESZKANIA

.....  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis świadczeniobiorcy

.....  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....  
Podpis świadczeniobiorcy

.....  
IMIĘ I NAZWISKO

.....  
ADRES

**OŚWIADCZENIE O ODPLATNOŚCI**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie z mojego świadczenia emerytalnego opłaty za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym „GAWRA” w Długim Kącie-Osada, naliczanej zgodnie z art. 18 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dn. 27 sierpnia 2004r. (Dz.U.2008.164.1027 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Oświadczam, że moje dochody nie są zajęte postępowaniem komorniczym.

**Proszę o przesyłanie pozostałej części świadczenia na adres:**

.....  
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

**ZAKŁAD PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY „GAWRA”  
DŁUGI KĄT-OSADA 7A, 23-460 JÓZEFÓW**

**lub na rachunek bankowy:**

.....  
PODPIS