

Dnia.....

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

PESEL:.....

Objęcie ubezpieczeniem przez *:

1. Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Inny oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. Nieubezpieczony.

WNIOSEK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do:

Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Osinach 54B, gmina Pierzchnica.

Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....

Podpis

*niepotrzebne skreślić

Do wniosku załączam następujące badania i zaświadczenia:

- Morfologia, OB, glukoza, mocznik - badania ogólne
- Antygen HBS, HCV, WR
- Kał na nosicielstwo
- EKG
- RTG klatki piersiowej
- Karta informacyjna z leczenia szpitalnego
- Decyzja o przyznaniu renty lub emerytury
- Odcinek renty lub emerytury