

Załącznik nr 1 do rozporządzenia MZ z dn. 25.06.2012r.

ZOZ EPIONE

**ZAKŁAD OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ
40-431 Katowice, ul. Szopienicka 59**

***WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO /
ZAKŁADU PIELEGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO****

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania
.....

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

* niepotrzebne skreślić