

.....
Miejscowość i data

.....
imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie

.....
adres zamieszkania

.....
nr dowodu osobistego

.....
PESEL

WNIOSEK

Zwracam się z wnioskiem o objęcie mnie opieką przez Oddział Opiekuńczo-Lecznicy przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej ul. Krakowska 31.

Jestem zadeklarowany/a do lekarza rodzinnego:

.....
(imię i nazwisko lekarza rodzinnego oraz adres przychodni/ośrodka zdrowia)

Jestem zadeklarowany/a do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:

.....
(imię i nazwisko pielęgniarki oraz adres przychodni/ośrodka zdrowia)

Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z Oddziałem Opiekuńczo-Lecznicy

.....
.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych Świadczeniodawcy i Płatnika.

.....
Podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna