

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Miejscowość i data

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Telefon kontaktowy

Dane osoby kontaktowej/imię, nazwisko/adres/ tel./e-mail

.....
.....
.....
.....

**Ośrodek Świętego Jerzego
we Wrocławiu prowadzący
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy**

a) Proszę o przyjęcie mnie do Ośrodka Świętego Jerzego we Wrocławiu prowadzącego Zakład Opiekuńczo-Lecznicy ze względu na stan zdrowia wymagający leczenia i rehabilitacji oraz całodobowej pielęgnacji.
Jednocześnie zobowiązuję się do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie. Jestem ubezpieczony w **Narodowym Funduszu Zdrowia** Oddział w.....

b) Proszę o przyjęcie mnie do Ośrodka Świętego Jerzego we Wrocławiu prowadzącego Zakład Opiekuńczo-Lecznicy na okres....., ze względu na stan zdrowia wymagający leczenia i rehabilitacji oraz całodobowej pielęgnacji. Jednocześnie zobowiązuję się do ponoszenia pełnej odpłatności (**bez dofinansowania przez NFZ**) a każdy dzień w Zakładzie wynoszącejzł dziennie.

Proszę także o umieszczenie mnie w **kolejce oczekujących** na miejsce w Zakładzie dofinansowywane przez NFZ.

c) Proszę o przyjęcie mnie do Ośrodka Świętego Jerzego we Wrocławiu prowadzącego Zakład Opiekuńczo-Lecznicy na okres, ze względu na stan zdrowia wymagający leczenia i rehabilitacji oraz całodobowej pielęgnacji.

Jednocześnie zobowiązuję się do ponoszenia **pełnej odpłatności** (bez dofinansowania przez NFZ) za każdy dzień w zakładzie wynoszącej zł dziennie.

.....
Podpis wnioskodawcy lub prawomocnego przedstawiciela

Zaznacz właściwe:

11 a/ dofinansowanie NFZ

11 b/ pełna odpłatność z wpisem na listę oczekujących na NFZ

11 c/ pełna odpłatność