

.....  
Imię i Nazwisko pacjenta

.....  
Miejscowość i data

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Telefon kontaktowy

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

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 do NFZ

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

11 c/ pełna odpłatność