WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA PODKARPACKIEGO IM. JANA PAWŁA II W KROŚNIE

.....
Imię i nazwisko

PESEL | | | | | | | | | | | | .....
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

.....
Data i miejsce urodzenia

| | | - | | | | .....
Kod pocztowy Adres

.....
Nr telefonu do kontaktu

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

Oświadczam, że:

- jestem ubezpieczona/y w Oddziale NFZ w .....
- wyrażam zgodę na ponoszenie kosztów wyżywienia i zakwaterowania oraz potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie w wysokości 250% najniższej emerytury nie więcej niż 70% mojego dochodu (podstawa prawna art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

.....
Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego

.....

.....

Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa) wskazana przez pacjenta do kontaktu z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby wskazanej przez pacjenta do kontaktu z Zakładem