

**DANE PERSONALNE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU  
PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO „ZACISZE”**

|  |  |
|--|--|
| IMIĘ I NAZWISKO  |  |
| PESEL  |  |
| DATA I MIEJSCE URODZENIA   |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA   |  |
| AKTUALNE MIEJSCE POBYTU  |  |
| NR DOWODU OSOBISTEGO   |  |
| NR LEGITYMACJI<br>EMERYTA/RENCISTY   |  |
| DATA WYDANIA, TERMIN<br>WAŻNOŚCI LEGITYMACJI<br>INSTYTUCJA WYSTAWIAJĄCA                              |  |
| * inny dokument potwierdzający<br>ubezpieczenie  |  |
| IMIĘ I NAZWISKO, ADRES<br>OPIEKUNA LUB OSOBY<br>UPOWAŻNIONEJ DO<br>WYSTĘPOWANIA W IMIENIU<br>CHOREGO |  |
| NUMER TELEFONU OPIEKUNA  |  |
| IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA<br>KIERUJĄCEGO, NUMER PRAWA<br>WYKONYWANIA ZAWODU                            |  |
| INSTYTUCJA KIERUJĄCA ORAZ<br>REGON   |  |

.....  
DATA I PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ

\* proszę podać numer decyzji, nazwę organu wydającego, datę wydania, datę ważności