

**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 EMERYTA/RENCISTY	
DATA WYDANIA, TERMIN WAŻNOŚCI LEGITYMACJI INSTYTUCJA WYSTAWIAJĄCA	
** inny dokument potwierdzający ubezpieczenie	
IMIĘ I NAZWISKO, ADRES OPIEKUNA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO WYSTĘPOWANIA W IMIENIU CHOREGO	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA	
IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA KIERUJĄCEGO, NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU	
INSTYTUCJA KIERUJĄCA ORAZ REGON	

.....
DATA I PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ

* w przypadku braku PESEL

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