

.....
Imię i Nazwisko

Miejscowość, dnia.....

.....
Adres + kod pocztowy, telefon kontaktowy

.....

.....
Pesel, Seria i Nr dowodu osobistego

.....
Imię i nazwisko Lekarza Rodzinnego, adres Ośrodka Zdrowia

.....

.....
Data i miejsce urodzenia pacjenta

.....

.....
Kontakt, Imię i nazwisko, adres osoby opiekującej

**Dyrektor
SPZZOZ „ Sanatorium”
w Górnio
mgr inż. Elżbieta Burzyńska**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo–
Leczniczego w Górnio, ponieważ wymagam całodobowej opieki, której
rodzina nie jest w stanie mi zapewnić.

Z poważaniem

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach
informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.