…….. Miejscowość, dnia……
Imię i Nazwisko

.....
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
Szpitala Chorób Płuc i Opieki Długoterminowej
im. św. Jana Pawła II w Górnie
lek. med. Grzegorz Hydzik

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo–Leczniczego w Górnie, 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.