

.....  
( Data)

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Data i miejsce urodzenia

.....  
Adres zamieszkania

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE  
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO -LECZNICZEGO**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego  
w Pszczólkach, 83-032 Pszczółki, ul. Sportowa 1C na okres

---

.....  
podpis (imię i nazwisko) osoby skierowanej do zakładu  
lub przedstawiciela ustawowego  
albo zakład opieki zdrowotnej