

....., dnia.....
(miejsowość)

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

PESEL.....

Objęcie ubezpieczeniem przez*:

1. Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ
2. Inny Oddział Wojewódzki NFZ
3. Nieubezpieczony

WNIOSEK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o:

- 1) przyjęcie mnie do zakładu opiekuńczo-leczniczego / pielęgnacyjno-opiekuńczego*

.....

Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami

- 2) objęcie opieką przez wybrany przeze mnie zespół długoterminowej opieki domowej. *

.....

.....

Podpis

* - niepotrzebne skreślić