

Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie sp. z o. o.
ul Inwalidów Wojennych 26, 56-100 Wołów
Tel: 71/3805801, Fax: 71/3892799, e-mail: sekretariat@pcm-wolow.pl

.....
IMIĘ I NAZWISKO

.....
ADRES

.....
PESEL

.....
TELEFON KONTAKTOWY

**Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy
Przy PCM w Wołowie**

Proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego w Wołowie,
ze względu na stan zdrowia wymagający leczenia oraz całodobowej pielęgnacji.

Jednocześnie wyrażam zgodę na odpłatność z tytułu zakwaterowania i wyżywienia
w Zakładzie.

W załączeniu przedkładam n/w dokumenty:

1. Wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego.
2. Skierowanie do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego.
3. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na potrącenie odpłatności za zakwaterowanie i wyżywienie.
4. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie.
5. Karta kwalifikacji pacjenta do udzielenia świadczeń w ZPO/ZOL.
6. Kserokopia decyzji organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury/renty (lub decyzję o przyznaniu zasiłku stałego lub renty socjalnej).
7. Kserokopia dowodu osobistego i legitymacji emeryta-rencisty.
8. Kserokopia dokumentacji medycznej.

.....
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie
lub przedstawiciela ustawowego

.....