



Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji
ul. Inwalidów Wojennych 26, 56-100 Wołów
tel. (0-71) 380-58-01, fax. (0-71) 389-27-99
www.pcmwolow.pl, e-mail: sekretariat@pcm-wolow.pl
ePUAP: /PCMW/domyslna

.....
IMIĘ I NAZWISKO

.....
ADRES

.....
PESEL

.....
TELEFON KONTAKTOWY

Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy
Ul. Inwalidów Wojennych 26
56-100 Wołów

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 legitymacji emeryta-rencisty.
8. Kserokopia dokumentacji medycznej.

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

.....