

.....
Data

.....
Imię i nazwisko

.....
Data i miejsce urodzenia

.....
Adres zamieszkania

**WNIOSEK
O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO
W GNIEWIE**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Gniewie
na okres

.....
Imię i nazwisko osoby skierowanej
do zakładu lub przedstawiciela ustawowego
albo zakład opieki zdrowotnej