

Data.....

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO–LECZNICZEGO
EUROMEDICUS SP. Z O.O. W GDYNI**

.....
Imię i nazwisko

PESEL

.....
Data i miejsce urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
Stan cywilny

.....
Dane opiekuna / adres / telefon

.....
nr Dowodu Osobistego

nr Świadczenia Emerytalnego

Ze względu na sytuację zdrowotną oraz brak możliwości zabezpieczenia opieki lekarsko-pielęgniarskiej oraz fizykoterapii w środowisku domowym proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego EUROMEDICUS Sp. z o.o. w Gdyni ul. Czechosłowacka 3.

Jednocześnie wyrażam zgodę na potrącenie 70% mojego świadczenia emerytalnego/rentowego nr:

.....
wypłacanego przez ZUS/KRUS przeznaczonego na opłacenie (za każdy miesiąc) pobytu w Zakładzie Opiekuńczo–Lecznicznym EUROMEDICUS Sp. z o.o. w Gdyni.

.....
Podpis osoby skierowanej do zakładu
lub przedstawiciela ustawowego



Euromedicus Sp. z o.o.