



SZPITAL
POWIATOWY
W CHRZANOWIE

.....
Miejscowość i data

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO
W SZPITALU POWIATOWYM W CHRZANOWIE**

Część A

(wypełniane przez osoby posiadające pełną zdolność do czynności prawnych)

Dane osobowe:

Nazwisko i Imię

Adres zamieszkania

Data urodzenia:

Miejsce.....

PESEL

Numer telefonu:

☐ Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie oraz wyrażam zgodę na pozostanie w w/w Zakładzie.

.....

Miejscowość i data

.....

podpis wnioskodawcy

Dane osoby sprawującej faktyczną opiekę nad wnioskodawcą:

Imię i Nazwisko:

Adres.

PESEL

Numer telefonu:

.....

Miejscowość i data

.....

podpis opiekuna faktycznego

Część B

(wymaga uzupełnienia wyłącznie w przypadku, gdy wnioskodawca nie ma pełnej zdolności do czynności prawnej tj. ubezwłasnowolniony częściowo albo ubezwłasnowolniony całkowicie lub ma ustanowionego kuratora)

Dane osobowe pacjenta do przyjęcia:

Nazwisko i Imię

Adres zamieszkania

Data urodzenia:

Miejsce.....

PESEL

Numer telefonu:

Dane przedstawiciela ustawowego/ kuratora:

Imię i Nazwisko:.....

Adres:

PESEL

Numer telefonu:

☐ Ja niżej podpisany/-a, działając jako przedstawiciel ustawowy/ kurator..... (Nazwisko i imię Pacjenta) zwracam się z prośbą o przyjęcie, (Nazwisko i imię Pacjenta) której/go jestem przedstawicielem ustawowym i wyrażam zgodę na pozostanie Pacjenta w w/w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie

.....
Miejscowość i data

.....
podpis opiekuna prawnego/ ustawowego/kuratora