

Adres zamieszkania

.....

.....

PESEL

Objęcie ubezpieczeniem przez:*

1. Mazowiecki Oddział NFZ

2. Inny Oddział NFZ

3. Nieubezpieczony

WNIOSEK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie opłaty tj. 70% mojego dochodu za pobyt w zakładzie zgodnie z obowiązującymi przepisami.

* niepotrzebne skreślić

.....

Podpis