

**Wniosek o skierowanie  
do Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego**  
(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

(miejscowość)..... dnia.....

Imię i Nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
PESEL .....  
Telefon Kontaktowy .....  
osoba bliska (imię,nazwisko) .....  
adres .....  
telefon .....

Objęcie ubezpieczeniem przez \*)

1. Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ

2. Inny Oddział Wojewódzki NFZ.....(wpisać nazwę i nr)

\*) - niepotrzebne skreślić

**WNIOSEK**

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o:

skierowanie mnie do Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego w Międzywodziu,  
prowadzonego przez NZOZ "Zdrowie" NIP 852-23-89-917 REGON 812614481

Równocześnie **oświadczam**, że wyrażam zgodę na:

ponoszenie opłaty / lub potrącenie opłaty przez właściwy organ emerytalno – rentowy \*)  
za pobyt w zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami na rzecz

„J.J.S.Kołecki”S.C.

70-215 Szczecin

ul.3 Maja 25/27

NIP - 852-23-89-917

REGON - 812614481

\*) - niepotrzebne skreślić

.....  
Czytelny podpis

**W załączeniu:**

1) Zaświadczenie lekarskie

2) Wywiad pielęgniarstwa

3) Karta Kwalifikacji Pacjenta do Udzielania Świadczeń w ZOL/ZPO

4) Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu np. wysokość emerytury, renty itp.

5) Aktualny dokument potwierdzający ubezpieczenie w NFZ.

6) dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie-wypisy szpitalne, wyniki badań