

Data \_\_\_\_\_

## WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO W STAROGARDZIE GDAŃSKIM

-----  
*Imię i nazwisko*

-----  
*Data i miejsce urodzenia*

-----  
*Adres zamieszkania*

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Starogardzie Gdańskim.

Jednocześnie wyrażam zgodę na potrącenie 70% mojego świadczenia emerytalnego/ rentowego nr \_\_\_\_\_ wypłacanego przez ZUS/KRUS przeznaczonego na opłacenie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Starogardzie Gdańskim .

-----  
*Imię i nazwisko osoby skierowanej  
do zakładu lub przedstawiciela ustawowego*

