

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

Data \_\_\_\_\_

-----  
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**MEDPHARMA ZOZ S.A.**  
Al. Jana Pawła II 5  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774**CENTRUM REHABILITACYJNO-  
LECZNICZE MEDPHARMA**  
Al. Jana Pawła II 5  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774**FILIA POLPHARMA**  
Ul. Pelplińska 19  
83-200 Starogard  
Gdański**FILIA BOBOWO**  
Ul. Gdańska 11  
83-212 Bobowo**FILIA KALISKA**  
Ul. Nowowiejska 5  
83-260 Kaliska**FILIA OSIECZNA**  
Ul. Dworcowa 6  
83-242 Osieczna**FILIA DZIEMIANY**  
Ul. Wyzwolenia 2  
83-425 Dziemiany