

Załącznik nr 3 do zarządzenia
nr 35/2014 Dyrektora SP ZOZ
w Myszkowie

SP ZOZ w Myszkowie
ul. Wolności 29
42-300 Myszków

WNIOSEK
o przyjęcie na płatny turnus opiekuńczo-rehabilitacyjny
w Oddziale Rehabilitacji

Ja

(imię, nazwisko, nr Pesel, adres)

proszę o przyjęcie mnie (mojego podopiecznego) na płatny turnus opiekuńczo-rehabilitacyjny na okres Wyrażam zgodę na pokrycie kosztów pobytu w oddziale wg przedstawionego mi cennika i przed przyjęciem deklaruję wniesienie opłaty przelewem na konto SP ZOZ w Myszkowie nr lub w kasie SP ZOZ-u za deklarowaną ilość osobodni, co najmniej na 3 dni przed przyjęciem.

Z tytułu pobytu w oddziale nie będę wnosił roszczeń wobec NFZ-u.
Zobowiązuje się do przestrzegania zasad i regulaminów obowiązujących w SP ZOZ.

* niepotrzebne skreślić

.....
Data i podpis pacjenta lub prawnego opiekuna