

.....  
Nazwisko i imię

.....  
data wpłynięcia wniosku

.....  
Adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy

.....  
PESEL

## **WNIOSEK O PRZEDŁUŻENIE POBYTU W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO- LECZNICZYM**

Proszę o przedłużenie mojego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w „Mikulicz” Spółka z o.o. w Świebodzicach, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3-7, 58-160 Świebodzice ze względu na stan zdrowia wymagający leczenia oraz całodobowej pielęgnacji.

Jednocześnie wyrażam zgodę na odpłatność z tytułu zakwaterowania i wyżywienia w Zakładzie.

Do wniosku dołączam:

1. Dokument o wysokości dochodu

.....  
(data, podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL)