

.....
nazwisko i imię

.....
data wpływu wniosku

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

.....
PESEL

WNIOSEK
O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO
W RAMACH POBYTU KOMERCYJNEGO

Proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – leczniczego 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 za osobodzień pobytu w kwocie 120 zł. Zostałem(am) poinformowany(a), iż opłata nie zawiera:

- żywienia mieszankami przemysłowymi (dojelitowo, dożylnie), za które pacjenci ponoszą dodatkową opłatę w wysokości 80,00 zł (*słownie: osiemdziesiąt złotych 00/100 groszy*) za dzień pobytu, do czasu zakwalifikowania do programu żywieniowego w ramach poradni żywieniowej;
- leków wykorzystywanych w lecznictwie zamkniętym tj. leków odurzających i psychotropowych, pieluchomajtek oraz dodatkowych badań diagnostycznych wykonywanych poza Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym Świadczeniodawcy;
- transportu sanitarnego związanego z przewiezieniem pacjenta na ww. badania;
- indywidualnych usług rehabilitacyjnych.

Do wniosku dołączam:

1. dokument o wysokości dochodu pacjenta,
2. dokument o wysokości dochodu członka rodziny lub oświadczenie o posiadaniu dochodów, jeśli umowę podpisuje członek rodziny,

Niniejszy wniosek dotyczy pobytu w ZOL w okresie od dnia(przyjęcie)
do dnia (wypis).

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