**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

**DANE PACJENTA:**

Imię i nazwisko:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Numer PESEL lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon do kontaktu w sprawie przyjęcia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………….………………………….……. ………………………………………..

Miejscowość, data podpis

**UWAGA: Wniosek należy przesłać na adres: opo@szpitalpyskowice.com.pl**