WIŚNIEWO

ZAKŁAD DLA CHRONICZNIE CHORYCH KOBIET
ul. Żywiczna 40, 03-179 Warszawa tel. 22 8112580
zchfelic@wp.pl www.domopieki-felicjanki.pl

Wniosek o przyjęcie do Zakładu dla Chronicznie Chorych Kobiet

CZĘŚĆ I. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK

(wypełnia opiekun)

LP.	DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ DO PRZYJĘCIA		UWAGI
	imię i nazwisko		
	nazwisko rodowe		
	imiona rodziców	ojciec matka	
	nazwisko rodowe matki		
	data i miejsce urodzenia		
	adres zamieszkania		
	seria i numer dowodu osobistego		
	numer PESEL		
	wyznanie		
	stan cywilny		
	imię małżonka		
	wykształcenie i zawód		
	uprawnienie do emerytury/renty		
	data złożenia wniosku		

	data przyjęcia		

CZĘŚĆ II. DANE OPIEKUNA
(wypełnia opiekun)

LP.	DANE OPIEKUNA OSOBY ZGŁOSZONEJ		
		1.	2.
1.	**imię i nazwisko**		
2.	**adres zamieszkania**		
3.	**numer PESEL**		
4.	**stopień pokrewieństwa albo podstawa prawna do sprawowania opieki**		
5.	**telefon**		
6.	**inne formy kontaktu np. e-mail**		

CZĘŚĆ III. OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA POGRZEB
(wypełnia opiekun)

LP.	IMIĘ I NAZWISKO	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	ADRES	TELEFON
1.				
2.				

3.				

PODPIS OPIEKUNA …….