

SZPITAL POWIATOWY
w Rawiczu Sp. z o.o.

ul. Gen. Grota Roweckiego 6
63-900 Rawicz

WNIOSEK
o udzielenie odpłatnych świadczeń pielęgnacyjno opiekuńczych

DANE FINANSUJĄCEGO

Imię i nazwisko:

DANE ZLECENIODAWCY/PACJENTA

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

.....
Nr PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Do wniosku załączam dokumentację medyczną pacjenta (wyniki badań, wypisy ze szpitala, zdjęcia, opisy) oraz zalecenia lekarza prowadzącego:

.....

.....

.....

.....
Miejscowość, data

.....
ZLECENIODAWCA/PACJENT
(czytelny podpis)

.....
FINANSUJĄCY
(czytelny podpis)

.....
Pieczętka Podmiotu Leczniczego