

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*

ed