

Miejscowość, dn.

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....
adres

Opiekun prawny
Całkowicie / częściowo ubezwłasnowolnionej/ego
Pani/a

Ze względu na sytuację zdrowotną uprzejmie proszę o umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo-
Lecznicznym / Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w

.....
Pani/a ur. wr. zamieszkałej/ego

.....
Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w zakładzie, zgodnie z
obowiązującymi przepisami.

Podpis opiekuna prawnego

Potwierdzenie
własnoręczności podpisu