



**Zakład Opiekuńczo-Leczniczy  
Fundacji „Światło”**

ul. Grunwaldzka 64, 87 – 100 Toruń

Tel/fax +48 56 6842471, email:zol@swiatlo.org, [www.apaliczni.org](http://www.apaliczni.org)

NIP: 956-213-95-58, REGON: 871693371-00028, KONTO: 14 1240 4009 1111 0010 0489 3016

SYMBOL  
DOKUMENTU

**Z-ADM-21-V04**

Toruń dnia .....

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Adres

PESEL .....

**OPIEKUN**

.....  
Imię i nazwisko, adres

.....  
telefon

**ZAKŁAD  
OPIEKUŃCZO-LECZNICZY  
FUNDACJI „ŚWIATŁO”**  
ul. Grunwaldzka 64 87-100 Toruń

**WNIOSEK**

Proszę o przyjęcie .....  
stopień pokrewieństwa ..... imię i nazwisko

do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Fundacji „Światło” w Toruniu.

Świadomy jestem podejmowania decyzji za w/w osobę. W kontekście Regulaminu Zakładu zobowiązuję się do wpłaty jako, współfinansowanie pobytu pacjenta w zakładzie – 1800 zł.

Wpłata będzie następować do 10 dnia danego miesiąca na konto bankowe zakładu:

1412404009 11110010 04893016

.....  
podpis

Załączniki:

1. Kserokopia aktualnej decyzji o świadczeniu (emerytura, renta, inne)
2. Aktualne informacje o stanie zdrowia pacjenta ( karty informacyjne)
3. Informacje dotyczące lekarza opieki podstawowej (imię, nazwisko, adres)
4. Kserokopia decyzji sądu o przyznaniu kurateli albo ubezwłasnowolnieniu lub zaświadczenie z sądu o złożeniu dokumentów dot. opieki nad pacjentem