



**Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
Fundacji „Światło”**
ul. Grunwaldzka 64, 87 – 100 Toruń
Tel/fax +48 56 6842471, email:zol@swiatlo.org, www.apaliczni.org
NIP: 956-213-95-58, REGON: 871693371-00028, KONTO: 14 1240 4009 1111 0010 0489 3016

SYMBOL
DOKUMENTU
Z-ADM-21-V05

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 – 2000 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)