

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO
W STAROGARDZIE GDAŃSKIM**

Data _ _ _ _ _

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Starogardzie Gdańskim.

Jednocześnie wyrażam zgodę na potrącenie 70% mojego świadczenia emerytalnego/rentowego nr _ _ _ _ _ wypłacanego przez ZUS/KRUS przeznaczonego na opłacenie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Starogardzie Gdańskim .

imię i nazwisko osoby skierowanej
do zakładu lub przedstawiciela ustawowego

MEDPHARMA ZOZ S.A.
Al. Jana Pawła II 5a
83-200 Starogard Gdański
NIP 592 18 54 774

**CENTRUM REHABILITACYJNO-
LECZNICZE MEDPHARMA**
ul. Leśna 1a, Nowa Wieś Rzeczna
83-200 Starogard Gdański

FILIA POLPHARMA
ul. Pelplińska 19
83-200 Starogard Gdański

FILIA BOBOWO
ul. Gdańska 11
83-212 Bobowo

FILIA KALISKA
ul. Nowowiejska 5
83-260 Kaliska

FILIA OSIECZNA
ul. Dworcowa 6
83-242 Osieczna