

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
Imię i nazwisko

PESEL.....

.....  
Adres zamieszkania, nr telefonu do kontaktu

**WNIOSEK**

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie, ul. Partyzantów 2/4.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym zgodnie z obowiązującymi przepisami, tj. 70% mojego miesięcznego dochodu w rozumieniu art. 18 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. 2018.1510 z późn. zm.) w związku z art. 8 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej (tj.Dz.U. 2018.1508 z późn. zm).

.....  
Czytelny podpis świadczeniobiorcy

.....  
Miejscowość, data