

.....  
Imię i nazwisko

.....  
miejsowość, dnia

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na złożenie wszelkich dokumentów przez:

.....

koniecznych do wydania skierowania dla .....  
(imię i nazwisko osoby kierowanej do ZOL/ZPO)

do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/ Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego w Gryfowie Śląskim Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o. z siedzibą w Lwówku Śląskim.

.....  
Podpis osoby ubiegającej się o skierowanie,  
lub przedstawiciela ustawowego \*

\* właściwie zaznaczyć