

## DEKLARACJA WYBORU ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

Ja, niżej podpisany(a).....

wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Pile, przy ul. Królewskiej 8

.....  
miejsowość i data

.....  
*Podpis osoby skierowanej do ZOL lub jej przedstawiciela ustawowego*

### **DANE OPIEKUNA** OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZOL-u

Imię i nazwisko.....

Stopień pokrewieństwa ..... zamieszkała/y.....

.....

Telefony kontaktowe.....