

**Załącznik nr 9**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej

Polkowice, dnia.....

.....  
Imię nazwisko

.....  
PESEL

.....  
Miejsce zamieszkania

**Prezes**

**Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.**

**ul. K.B. Kominka 7**

**59 – 101 Polkowice**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy przy PCUZ – ZOZ S.A.

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojej emerytury, renty, zasiłku stałego części kosztów pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy przy PCUZ – ZOZ S.A. zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....  
Podpis wnioskodawcy  
lub jego przedstawiciela ustawowego