

OPIEKA WYTCNIENIOWA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM PRZY PCUZ – ZOZ S.A.

Załącznik nr 9

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym

WERYFIKACJA MIEJSCA ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA PROGRAMU

.....

(imię i nazwisko uczestnika)

.....

.....

.....

(PESEL uczestnika)

(miejscowość, data i podpis uczestnika)

Miejsce zamieszkania uczestnika programu zweryfikowano na podstawie:

aktywnej Polkowickiej Karty Mieszkańca

innego dokumentu potwierdzającego zamieszkiwanie na terenie gminy Polkowice

.....

(należy wskazać jakiego)

.....

(data, podpis i pieczęć osoby kwalifikującej do programu)