

Mrozów, dnia

KWESTIONARIUSZ INFORMACYJNY PENSJONARIUSZA

Zakład Opiekuńczo Leczniczy MROZÓW

Ul. Zamkowa 1 55-330 Miękinia tel. 317-07-91

DANE PENSJONARIUSZA:

Nazwisko i imię

.....

Adres zamieszkania

.....

Nr PESELData i miejsce urodzenia

ZawódStan cywilny

Imię i nazwisko panieńskie małżonki

.....

Imię i nazwisko panieńskie mamy pensjonariusza

.....

Rodzaj i wysokość świadczenia

.....

Adres ZUS:

.....

NIP Urząd Skarbowy do którego pensjonariusz
przynależy (adres)

DANE OPIEKUNA PENSJONARIUSZA:

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....

nr telefonu

ZAŁĄCZNIKI

1. Kopie lub oryginały aktualnych wyników badań laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych, OB., morfologii krwi, badania moczu, rtg klatki piersiowej, EKG i inne.

a) Informacja o szczepieniach ochronnych

.....
.....
.....

2. Ksero dowodu osobistego /PESEL, SERIA I NUMER, ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA/.
3. Aktualny odcinek renty, emerytury lub świadczenia jakie pensjonariusz posiada.

INNE INFORMACJE I UWAGI