

Miejscowość, dnia.....

.....
nazwisko i imię osoby oczekującej

.....
adres zameldowania stałego

.....
pesel

.....
telefon

**Do Dyrektora
Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego dla
Dorosłych
/ o profilu ogólnym/
prowadzonego przez
Zgromadzenie Sióstr Albertynek w Mrozowie**

Uprzejmie proszę o
przyjęcie.....

/w zależności od potrzeby wpisać stopień pokrewieństwa /

do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego dla Dorosłych
w Mrozowie, ul. Zamkowa 1, w charakterze pensjonariusza.

Jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie kosztów
odpłatności związanych z pobytem w zakładzie.

.....
Podpis oczekującego lub faktycznego
opiekuna