

**Dane osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo -  
Leczniczego**

Imię i nazwisko .....

Nazwisko panieńskie .....

Imiona rodziców .....

Nazwisko panieńskie matki .....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL .....

NIP .....

Dowód osobisty (nr i seria) .....

Stan cywilny .....

Imię i nazwisko małżonka .....

Adres zameldowania .....

.....

Nr i wysokość świadczenia .....

Nr legitymacji emeryta .....

Data wystawienia legitymacji .....

**Dane osoby kontaktowej:**

Imię i Nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres, telefon:

1. ....  
.....  
.....
2. ....  
.....  
.....

**Dane lekarza pierwszego kontaktu (Nazwisko i imię, telefon):**

.....  
.....

Nazwa, adres i telefon przychodni, do której należy osoba ubiegająca się o przyjęcie:

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

Ilość punktów w skali Berthel: .....