Opole, dnia .................................

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

 (imię i nazwisko opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego

 osoby ubiegającej się o pobyt w Ośrodku)

…………………………………………..

 (adres zamieszkania)

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

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

 (stopień pokrewieństwa)

…………………………………………..

 (numer telefonu lub innych sposób kontaktu np. e-mail)

**Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o.**

**ul. Kośnego 53, 45-372 Opole**

Zwracam się z wnioskiem o przyjęcie Pani/Pana …………………………………………………….…,

 (imię i nazwisko osoby ubiegającej się o pobyt w Ośrodku)

posiadającej/posiadającego numer PESEL ………………….............................................................,

zamieszkałej/zamieszkałego pod adresem: …………………………………………….…………….

……………………………………………………………………………………………………….. .

do Ośrodka Opieki Krótkoterminowej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu sp. z o.o. w terminie od ………………….….. do ………………………. .

Oświadczam, że u ww. Pani/Pana nie stwierdzono zaawansowanej choroby nowotworowej, choroby psychicznej lub uzależnienia, choroby Alzheimera.

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

 (podpis opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego

 osoby ubiegającej się o przyjęcie do Ośrodka)