

**ZAŁĄCZNIK Nr 2**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy lub pieczęć  
zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(dokładny adres zamieszkania)

.....  
(adres do korespondencji)

**Szpital Powiatowy  
w Gryfinie Sp. z o.o.  
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy**

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO –  
LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELEŃCZYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku-numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....  
( za zgodność podpisu – lekarz  
lub pielęgniarka)

.....  
( podpis wnioskodawcy)