



**NZOZ STACJA OPIEKI CARITAS DIECEZ ŚWIDNICKIEJ  
- ŚWIDNICKIE HOSPICJUM I ZAKŁAD OPIEKI LECZNICZEJ OJCA PIO  
ul. Przyjaźni 2, 58-100 Świdnica  
Regon: 891534450-00167 NIP: 8842519698  
tel. 74 852 02 69**



Świdnica, dnia.....

Imię .....

Nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

Tel. ....

Imię i nazwisko opiekuna.....

Numer telefonu.....

### **PROŚBA**

Proszę o umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym w Świdnicy ul. Przyjaźni 2.  
Zobowiązuje się do pokrycia kosztów mojego utrzymania w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym.

.....  
/podpis osoby kierowanej  
do zakładu lub opiekuna/

#### Załączniki:

1. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL/ZPO.
2. Wywiad pielęgniarzki i zaświadczenie lekarskie.
3. Skierowanie do ZOL/ZPO.
4. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel.
5. Karty informacyjne z wcześniejszego leczenia (kopie).
6. Kserokopia dowodu osobistego.