

**PRZYCHODNIA LEKARSKA „JASIEŃ” Sp. z o.o.****ZAKŁAD OPIEKUŃCZO - LECZNICZY w PRABUTACH**

80- 125 GDAŃSK ul. Kartuska 404 82 – 550 Prabuty ul. Kuracyjna 37  
 tel. 58 3221151; fax 58 3221163 tel./fax. 55 2783 848 lub tel. 55 2624 376 [www.pljasien.pl](http://www.pljasien.pl)  
 REGON: 191878036; NIP: 583-26-31-044

Prabuty dnia .....

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE do ZOL w Prabutach****OPIEKUN:**

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Adres .....

Telefon kontaktowy: .....

**PACJENT:**

Imię i nazwisko .....PESEL .....

Adres: .....

Proszę o przyjęcie .....  
 imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa .....

do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Prabutach.

Świadomy jestem podejmowania decyzji za w/w osobę. W kontekście Regulaminu Zakładu zobowiązuję się:

- do pokrycia kosztów wyżywienia i zakwaterowania w razie skierowania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w wysokości **70% dochodu pacjenta** i nie przekraczającej sumy **250% najniższej emerytury/renty w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej**
- dobrowolnego pokrycia różnicy rzeczywistych minimalnych kosztów wyżywienia i zakwaterowania w ZOL do wysokości nie mniejszej niż **80 zł/osobodzień/ \***
- pokrycia pełnej odpłatności za usługi wymienione w § 1 w przypadku braku zgody NFZ.
  - *W przypadkach szczególnie uzasadnionych kierownik może negocjować warunki płatności*

Wpłata będzie następować do 10 dnia danego miesiąca na konto bankowe zakładu lub gotówką w kasie ZOL

**Konto : Santander nr 71 1090 1102 0000 0001 4300 2627**Z dopiskiem: **opłata za pobyt w ZOL Pani(a)** .....

za miesiąc .....

- 1) **Termin** wpłaty- do **10 każdego miesiąca** (płatne z góry za dany miesiąc).
- 2) Prosimy o przesłanie potwierdzenia wpłaty faxem na nr: **55 2783 848**  
 lub mailem: [ewa.medrek@pljasien.pl](mailto:ewa.medrek@pljasien.pl) lub [sekretariat.zol@pljasien.pl](mailto:sekretariat.zol@pljasien.pl)

.....  
podpis