



ZAKON POSŁUGUJĄCYCH CHORYM  
OJCOWIE KAMILIANIE  
- PODMIOT LECZNICZY -

Miejscowość i data .....

## WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO KAMILIAŃSKIEGO CENTRUM OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Nazwisko i imię .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

adres zamieszkania .....

.....

Zwracam się z wnioskiem o przyjęcie do Kamiliańskiego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego

w Zabrze / Hutkach.\*

.....  
podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie  
lub opiekuna prawnego

---

\* Niepotrzebne skreślić