



Karta zgłoszenia do przyjęcia

Wypełnij drukowanymi literami i dostarcz do biura osobiście, pocztą lub skanem na biuro@savmed.pl.

Dane osoby przyjmowanej

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

Dane osoby zgłaszającej / opiekuna

Imię i nazwisko: _____

Stopień pokrewieństwa: _____

Telefon kontaktowy: _____

E-mail: _____

Rodzaj pobytu (zaznacz): prywatny / refundowany (NFZ) / wytnieniowy

Planowany termin przyjęcia: _____

Najważniejsze informacje o stanie zdrowia: _____

Przyjmowane leki, alergie: _____

Data: _____ Podpis: _____