

Załącznik nr 1 do zarządzenia wewnętrznego Dyrektora GCR „REPTY”
Nr 0150(33)2015 z dnia 21 grudnia 2015 roku

.....
Imię i nazwisko

.....
Pesel

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

SP ZOZ
„Repty” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji
im. Gen. J. Ziętka
ul. Śniadeckiego 1
42 – 604 Tarnowskie Góry

W N I O S E K

Niniejszym proszę o zakwalifikowanie do odbycia płatnego turnusu leczniczo –
rehabilitacyjnego poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Zapoznałem / łam się z zasadami odbycia turnusu, które akceptuję.

Zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących w szpitalu regulaminów.

Przewidywana liczba dni w ramach turnusu:

Załączam dokumentację lekarską (kserokopie kart wypisowych, zaświadczenia
lekarskie itp.).

.....
P o d p i s