**WYKAZ OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ FAKTYCZNĄ/
 PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH PENSJONARIUSZA/
OSÓB, KTÓRE MOGĄ UZYSKAĆ INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA**

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko Mieszkańca

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Lp. | IMIĘ I NAZWISKO | OPIEKUN FAKTYCZNY/PRZEDSTAWICIELUSTAWOWY | ADRES ZAMIESZKANIA | DANE KONTAKTOWE ( nr. telefonu, adres e-mail) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Miejscowość: ……………………………………………….

Data: ………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpis Pensjonariusza lub opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego