**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/  PRZEDSTAWICIEL  USTAWOWY | ADRES ZAMIESZKANIA | DANE KONTAKTOWE ( nr. telefonu, adres e-mail) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Miejscowość: ……………………………………………….

Data: ………………………………………………..

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

Podpis Pensjonariusza lub opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego