



**WYKAZ OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ FAKTYCZNA/  
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 (numer telefonu, adres e-mail)

Miejscowość: .....

Data: .....

.....  
Podpis Pensjonariusza lub opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego

Załącznik do umowy

\*aktualizacja dokumentu 10.11.2020r.