

.....

.....

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Nazwisko, imię i adres wnioskodawcy)

**WNIOSEK O PRZEDŁUŻENIE POBYTU
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM
w Gorzowie Wlkp.**

Proszę o przedłużenie pobytu w ZOL Pana/ Pani.....
urodzonego/-nej.....zamieszkałego/- łej.....

.....

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....

.....

(Decyzja i podpis Kierownika ZOL)