

Žádost o vstup do programu Centra duševního zdraví pro adiktologické pacienty

Žadatel:

Příjmení Jméno

Rodné číslo

Místo narození Okres

Trvalé bydliště:

Obec PSČ

Ulice č. p.

Kontakt:

Telefon e-mail

Zdravotní pojišťovna

Zastoupený (opatrovníkem/zákonným zástupcem)*

Příjmení Jméno.....

Telefon e-mail

Důvod podání žádosti :

.....

.....

.....

.....

.....

Co od služby očekáváte (jak vám může služba pomoci?):

.....
.....
.....
.....
.....

Další důležité informace:

.....
.....
.....
.....
.....

Ve smyslu zákona č. 110/2019 Sb. (Zákon o zpracování osobních údajů) souhlasím, aby údaje uvedené v žádosti byly použity při řízení o zahájení poskytování sociálně zdravotní služby.

V dne

Podpis žadatele

Podpis* (opatrovníka/zákonného zástupce)

** vyplnit v případě omezení svéprávnosti žadatele*

Datum přijetí žádosti: