

Blachownia, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

Burmistrz Blachowni

ul. Sienkiewicza 22
42-290 Blachownia

W n i o s e k **dotyczący wydania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej** (dla świadczeniobiorcy)

Dane świadczeniobiorcy:

1. Imię

2. Nazwisko

3. Adres zamieszkania:

- (ulica)

- (kod pocztowy)

- (miejscowość)

4. Adres pobytu:

- (ulica)

- (kod pocztowy)

- (miejscowość)

5. Numer PESEL]

6. Numer i seria dowodu osobistego (lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy)

Na podstawie art. 54 ust. 1 w związku z art 2. ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wnoszę o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

.....
(podpis wnioskodawcy)