

....., dnia

.....
(miejsce na pieczętkę)

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 świadczeniodawcy)

I. Dane świadczeniodawcy:

1) Nazwa zakładu

2) Siedziba (adres) zakładu:

- (ulica)

- (kod pocztowy)

- (miejscowość)

3) Numer księgi w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej (dla indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich numer wpisu do rejestru prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską)

Oświadczam, że w dniu zostało udzielone, w trybie określonym w art.54 ust. 3 w związku z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczenie zdrowotne na rzecz:

II. 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. 3 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 od dnia (wpisać datę, od której ma obowiązywać decyzja) na rzecz w/w osoby.

.....
(podpis Dyrektora Zakładu)