

Burmistrz Nowogardu

**Wniosek o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczenia 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. 4 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. 4 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 ww. osoby.

.....

/podpis Dyrektora Zakładu/