

Burmistrz Nowogardu

**Wniosek o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczenia opieki zdrowotnej
(dla świadczeniobiorcy)**

Dane świadczeniobiorcy:

1. Imię/ Imiona
2. Nazwisko
3. Adres zameldowania na pobyt stały*
 - ▲ miejscowość.....
 - ▲ ulica, nr domu.....
 - ▲ kod pocztowy.....
4. Adres zamieszkania:
 - ▲ miejscowość.....
 - ▲ ulica, nr domu
 - ▲ kod pocztowy.....
5. Numer PESEL.....
6. Dokument stwierdzający tożsamość (rodzaj, seria i numer dokumentu, organ wydający dokument)
numer tel.

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)

* - w przypadku osób zameldowanych na pobyt stały poza gminą Nowogard należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego