Skarżysko-Kamienna, dnia …………………………

**Wniosek**

**dotyczący wydania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej**

(dla świadczeniobiorcy)

Dane świadczeniobiorcy:

1) Imię …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

2) Nazwisko …………………………………………………………………………………………………………………………………….

3) Adres zameldowania:

- (ulica) ………………………………………………………………………………………………………………………………………

- (kod pocztowy) ………………………………………………………………………………………………………………………..

- (miejscowość) ………………………………………………………………………………………………………………………….

4) Adres zamieszkania:

- (ulica) ………………………………………………………………………………………………………………………………………

- (kod pocztowy) ………………………………………………………………………………………………………………………..

- (miejscowość) ………………………………………………………………………………………………………………………….

5) Numer PESEL ……………………………………………………………………………………………………………………………….

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

7) Numer telefonu do kontaktu ……………………………………………………………………………………………………….

8) Powód ubiegania się o wydanie decyzji ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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/

REFERAT ZDROWIA

URZĄD MIASTA SKARŻYSKA-KAMIENNEJ