

.....  
(miejsce na pieczętkę)

**Wniosek**  
**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 książki 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 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) Czy świadczenie zostało udzielone w stanie nagłym / powód hospitalizacji .....

*\*nie dotyczy w przypadku kiedy z przyczyn niezależnych od świadczeniodawcy nie jest możliwe ustalenie powyższych danych świadczeniobiorcy.*

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 w/w osoby.

.....  
/podpis Dyrektora Zakładu/