

.....
(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/