Skarżysko-Kamienna, dnia …………………………

………………………………….

*(miejsce na pieczątkę)*

**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 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 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/*

WYDZIAŁ ZDROWIA I SPRAW SPOŁECZNYCH

URZĄD MIASTA SKARŻYSKA-KAMIENNEJ