

Nowogard, dnia

SSiO.8020/1

Burmistrz Nowogardu

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

Dane świadczeniobiorcy:

1) Imię

2) Nazwisko

3) Adres zamieszkania:

- (ulica)

- (kod pocztowy)

- (miejscowość)

4. Adres pobytu:

- (ulica)

- (kod pocztowy)

- (miejscowość)

5. Numer PESEL

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

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/

Do wniosku dołączyć:

1. Kserokopię dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość
2. Potwierdzenie zameldowania.