

Nowogard, dnia

WEZKiS.8020/2

Burmistrz Nowogardu

**Wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczenia 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 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. 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 ww. osoby.

.....
/podpis Dyrektora Zakładu/