

.....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

Pabianice, dnia .....

ul. ....

95-200 Pabianice

.....  
PESEL

.....  
(adres zameldowania wypełniane  
kiedy jest inny niż adres zamieszkania)

.....  
(Miejscowość)

### **WNIOSEK o potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 54 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. Z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.) wnoszę o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeniobiorcy (art. 2 ust. 1 pkt 2 ww ustawy) na okres ..... (słownie ..... ) dni.\*

Decyzja powyższa jest niezbędna w celu ubiegania się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, którą mam obowiązek przedstawić świadczeniodawcy (art. 50 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy).

W załączeniu dołączam:

- kserokopię dowodu osobistego \*\*
- .....
- .....\*\*\*

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

\* - maksymalnie 90 dni,

\*\* - niepotrzebne skreślić,

\*\*\* - inne dokumenty potwierdzające obywatelstwo, miejsce zamieszkania.