Miejscowość:  
Data:

Wnioskodawca  
Imię i nazwisko:  
Adres zamieszkania:  
PESEL:  
Nr telefonu:  
E-mail:

Ośrodek Pomocy Społecznej  
Dzielnicy Bemowo m.st. Warszawy  
ul. Rozłogi 10  
01-310 Warszawa

**Wniosek**

O wydanie decyzji w sprawie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Na podstawie art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.)

**składam wniosek**

o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej  
Pani/Pana:  
miejsce zamieszkania:  
jako świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 2 wyżej wymienionej ustawy.

Czytelny podpis wnioskodawcy: