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: