

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: