

.....
(місце для печатки)

Краків, дата.....

ЗАЯВА
про видачу рішення, що підтверджує право на надання медико-санітарної
допомоги, що фінансується за рахунок державних коштів
(для Національного Фонду Охорони Здоров'я).

Дані Заявника (Національного Фонду Охорони Здоров'я):

Назва

Головний відділ (адреса): (вулиця, номер приміщення)

(поштовий індекс) міцевість

Дані отримувача:

Ім'яПрізвище

Номер PESELНомер посвідчення особи¹

• Адреса місця проживання: (вулиця, номер приміщення).....
(поштовий індекс)(міцевість).....

• Адреса місця знаходження:² (вулиця, номер приміщення).....
(поштовий індекс)(міцевість).....

• Поштова адреса:³ : (вулиця, номер приміщення).....
(поштовий індекс)(міцевість).....

Заявляю, що Одержувач не має права на надання медичної допомоги, що фінансується за рахунок державних коштів.

На підставі ст.54 абз. 4 у зв'язку зі ст. 2 абз. 1 п. 2 закону від 27 серпня 2004 р. про послуги охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок державних коштів прошу про видачу рішення, що підтверджує право на надання медико-санітарної допомоги, що фінансується за рахунок державних коштів, від дня надання невідкладної медичної допомоги.

.....
(підпис особи, уповноваженої від імені Національного Фонду Охорони Здоров'я)

¹ або іншого документа, що підтверджує особу постачальника медичних послуг

² заповнити, якщо одержувач не має місця проживання

³ заповнити, якщо одержувач вказує поштову адресу, відмінну від місця проживання або знаходження