

.....
(место для печати поставщика услуг)

Краков, дата.....

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о выдаче решения, подтверждающего право на получение медико-санитарной помощи, финансируемой за счет государственных средств
(для поставщика услуг).**

Данные поставщика услуг (например, Больница):

Название

Главный отдел: (улица, номер помещения)

(почтовый индекс) местность

Почтовый адрес:¹ (улица, номер помещения)

(почтовый индекс) местность

Заявляю, что в день были предоставлены услуги здравоохранения в режиме чрезвычайного состояния для получателя:

Имя Фамилия

Номер PESEL Номер удостоверения личности²

• Адрес места проживания: (улица, номер дома).....

(почтовый индекс) местность

• Адрес места нахождения:³ (улица, номер дома).....

(почтовый индекс) местность

• Почтовый адрес:⁴ : (улица, номер дома).....

(почтовый индекс) местность

Заявление поставщика медицинских услуг о проверке прав Получателя на оказание медицинской помощи, финансируемой за счет государственных средств.

Получатель был проверен в системе eWUS⁵ (Электронная Проверка Прав Получателей) и не получил подтверждения права на оказание медицинской помощи, финансируемой за счет государственных средств.

На основании ст. 54 абз. 4 в связи со ст. 2 абз. 1 п. 2 Закона от 27 августа 2004 г. об услугах здравоохранения, финансируемых за счет государственных средств, прошу о выдаче решения, подтверждающего право на оказание медико-санитарной помощи, финансируемой за счет государственных средств, со дня оказания неотложной медицинской помощи.

.....
(подпись лица, уполномоченного от имени поставщика медицинских услуг)

¹ заполнить, если корреспонденция должна быть доставлена на другой адрес, чем главный отдел поставщика медицинских услуг

² или другого документа, подтверждающего личность получателя медицинских услуг

³ заполнить, если получатель не имеет места жительства

⁴ заполнить, если получатель указывает другой почтовый адрес, в отличии от места жительства или нахождения