

Краків, дата.....

ЗАЯВА
про видачу рішення, що підтверджує право на надання медико-санітарної
допомоги, що фінансується за рахунок державних коштів
(для одержувача).

Дані одержувача (заявника, фізичної особи):

- 1) Ім'я
- 2) Прізвище.....
- 3) Адреса місця проживання:
—(вулиця / номер будинку / номер квартири).....
—(поштовий індекс)
—(місцевість).....
- 4) Адреса проживання: (заповнити, при відсутності місця проживання):
—(вулиця / номер будинку / номер квартири).....
—(поштовий індекс)
—(місцевість).....
- 5) Поштова адреса (заповнити, якщо кореспонденція має бути доставлена на іншу адресу, ніж зазначено в пункті 3 або пункті 4):
— (вулиця / номер будинку / номер квартири).....
— (поштовий індекс)
— (місцевість).....
- 6) Номер PESEL
- 7) Номер посвідчення особи (або іншого документа, що підтверджує особу)
.....

Я заявляю, що не маю права на надання медико-санітарної 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.

.....
(підпис заявника)