.....
(місце для печатки надавача послуг) Краків, дата….....

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

Дані надавача послуг (наприклад, Лікарні):

Назва …….

Головний відділ: (вулиця, номер приміщення) ……

(поштовий індекс) …… місцевість ……

Поштова адреса: [1] (вулиця, номер приміщення) ……..

(поштовий індекс) …… місцевість ……

Заявляю, що в день ……..... були надані послуги з охорони здоров'я в режимі надзвичайного стану для отримувача:

Ім'я ……...Прізвище ……...……

Номер PESEL .....Номер посвідчення особи [2] ……..……

- Адреса місця проживання: (вулиця, номер приміщення)……..……

(поштовий індекс) ……(місцевість)…….

- Адреса місця знаходження:[3] (вулиця, номер приміщення)…….…….

(поштовий індекс) ……(місцевість)…….

- Поштова адреса:[4] : (вулиця, номер приміщення)……..…….

(поштовий індекс) ……(місцевість)……...

Заява Постачальника медичних послуг про перевірку прав Отримувача на отримання медичної допомоги, що фінансується за рахунок бюджетних коштів .
Одержувач був перевірений в системі eWUŚ (Електронна Перевірка Прав Одержувачів) і не отримав підтвердження права на отримання 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 постачальника медичних послуг)

1 заповнити, якщо кореспонденція має бути доставлена на іншу адресу, ніж головний відділ постачальника медичних послуг
2 або іншого документа, що підтверджує особу постачальника медичних послуг
3 заповнити, якщо одержувач не має місця проживання
4 заповнити, якщо одержувач вказує поштову адресу, відмінну від місця проживання або знаходження