

Краков, дата.....

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Данные получателя (заявителя, физ. лица):

- 1) Имя
- 2) Фамилия.....
- 3) Адрес места проживания:
—(улица / номер дома / номер квартиры).....
—(почтовый индекс)
—(местность).....
- 4) Адреса проживания: (заполнить, в случае отсутствия места проживания):
—(улица / номер дома / номер квартиры).....
—(почтовый индекс)
—(местность).....
- 5) Почтовый адрес (заполнить, если корреспонденция должна быть доставлена по другому адресу, чем указано в пункте 3 или 4).
— (улица / номер дома / номер квартиры).....
— (почтовый индекс)
— (местность).....
- 6) Номер PESEL
- 7) Номер удостоверения личности (или другого документа, подтверждающего личность)
.....

Я заявляю, что не имею права на получение медико-санитарной 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 получение медико-санитарной помощи, финансируемой за счет государственных средств.

.....
(подпись заявителя)