

.....
(место для печати)

Краков, дата.....

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Данные Заявителя (Национального Фонда Здравоохранения):

Название

Главный отдел: (улица, номер помещения)

(почтовый индекс) местность

Данные Получателя:

Имя Фамилия

Номер PESEL Номер удостоверения личности ¹

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

(почтовый индекс) местность

• Адрес места нахождения:² (улица, номер дома).....

(почтовый индекс) местность

• Почтовый адрес:³ : (улица, номер дома).....

(почтовый индекс) местность

Заявляю, что Получатель не имеет 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 Национального Фонда Здравоохранения)

1 или другого документа, подтверждающего личность получателя медицинских услуг

2 заполнить, если получатель не имеет места жительства

3 заполнить, если получатель указывает другой почтовый адрес, в отличный от места жительства или нахождения