

Nowogard, dnia .....

SSiO.8020/2

**Burmistrz Nowogardu**

**Wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczenia opieki zdrowotnej  
(dla świadczeniodawcy)**

**I. Dane świadczeniodawcy:**

1. Nazwa zakładu .....
2. Siedziba (adres) zakładu:
  - (ulica) .....
  - (kod pocztowy) .....
  - (miejscowość) .....
3. Numer księgi w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej (dla indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich numer wpisu do rejestru prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską) .....

Oświadczam, że w dniu ..... zostało udzielone, w trybie określonym w art. 54 ust. 4 w związku z art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczenie zdrowotne na rzecz:

**II. Dane świadczeniobiorcy**

1. Imię .....
2. Nazwisko .....
3. Adres zamieszkania:
  - (ulica) .....
  - (kod pocztowy) .....
  - (miejscowość) .....
4. Adres pobytu:
  - (ulica) .....
  - (kod pocztowy) .....
  - (miejscowość) .....
5. Numer PESEL .....

6. Numer i seria dowodu osobistego (lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy).....

Na podstawie art. 54 ust. 4 w związku z art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wnoszę o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia (wpisać datę, od której ma obowiązywać decyzja) ..... na rzecz ww. osoby.

.....  
/podpis Dyrektora Zakładu/