

....., dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
nr telefonu

WNIOSEK

o potwierdzenie prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis wnioskodawcy