

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Szreńsk.....

Burmistrz/Wójt

.....  
.....  
.....  
.....

### **WNIOSEK**

O wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

Podstawa prawna: art.54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (Dz.U.Nr 210 z 2004r. Poz.2135 ).

Wnoszę o potwierdzenie mojego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

Równocześnie oświadczam, że nie posiadam ubezpieczenia umożliwiającego korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wydział Spraw Społecznych i Zdrowia w celu wydania decyzji ( zgodnie z art.23 ust. 1 pkt.2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych- Dz.U.Nr 101 z 2002r. poz.926 z późn.zm.).

.....

(czytelny podpis)