Załącznik Nr 2

….....
(miejscowość, data)

Burmistrz
Miasta i Gminy Busko-Zdrój
ul. Mickiewicza 10, 28-100 Busko-Zdrój

WNIOSEK
w sprawie wydania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (dla świadczeniodawcy)

Dane świadczeniodawcy:
Nazwa zakładu
…….....
Siedziba zakładu:
…….....
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/dniach..... 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 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), świadczenie zdrowotne na rzecz:

Dane świadczeniobiorcy:
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:
.....
Adres zameldowania:
.....
Adres pobytu:
.....
PESEL
.....
Numer i seria dowodu osobistego lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość
.....

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 w/w osoby.

.....
(podpis Dyrektora Zakładu)