

Gdynia, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nr PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres korespondencyjny)

.....
(telefon kontaktowy)

Prezydent Miasta Gdyni

Wniosek

o przyznanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz.U. z 2022 poz. 2561 z późn. zm.)

Proszę o przyznanie mi prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Uzasadnienie:

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

.....
(podpis wnioskodawcy)