

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 2019.1373 z późn. zm.)**

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

UZASADNIENIE

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

.....
/podpis wnioskodawcy/