

Pieczęć podmiotu leczniczego / praktyki
zawodowej

WNIOSEK O POKRYCIE KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Instrukcja wypełniania

Ten wniosek wypełnia Twój lekarz, jeżeli:

- jesteś po wypadku przy pracy lub masz chorobę zawodową,
- poniesiesz w związku z tym koszty świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych,
- chcesz otrzymać zwrot tych kosztów.

Do wniosku dołącz:

- protokół powypadkowy albo kartę wypadku (po wypadku przy pracy),
- decyzję Państwowej Inspekcji Sanitarnej (w przypadku choroby zawodowej).

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

Dane osoby, której dotyczy wniosek

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PESEL | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer domu | | Numer lokalu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | Miejscowość | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa państwa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer telefonu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

