

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																						

