

Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ul. Szkolna 16 20-124 Lublin (dane organu, do którego kierowany jest wniosek)	WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI O POSIADANIU PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ¹	Adnotacja o wpływie wniosku
---	---	-----------------------------

I.A. DANE WNIOSKODAWCY			
1.Imię	2.Nazwisko	5.Adres zamieszkania	7. Dokument tożsamości: ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport Seria i numer
3. PESEL		6. Adres korespondencyjny	
4. Tel./faks/e-mail			

I.B. DANE PEŁNOMOCNIKA WNIOSKODAWCY ²			
1.Imię	2.Nazwisko	5.Adres zamieszkania	7. Dokument tożsamości: ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport Seria i numer
3. PESEL		6. Adres korespondencyjny	
4. Tel./faks/e-mail			

II. DANE OSOBY, KTÓREJ WNIOSEK DOTYCZY			
1.Imię	2.Nazwisko	5.Adres zamieszkania	7. Dokument tożsamości: ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport Seria i numer
3. PESEL		6. Adres korespondencyjny	
4. Tel./faks/e-mail			

III. PROSZĘ O UDZIELENIE INFORMACJI O POSIADANIU PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ		
☐ W dniu		
☐ Podstawa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej		
☐ Data zgłoszenia do ubezpieczenia		
☐ Płatnik ubezpieczenia zdrowotnego	☐ NIP	☐ REGON

IV. SPOSÓB ODBIORU INFORMACJI	
☐ Osobiście	☐ Poczta na adres

V. ZAŁĄCZNIKI	
☐ 1. Dokument potwierdzający działanie w imieniu osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej ☐ 2. Dokument stwierdzający udzielenie pełnomocnictwa ☐ 3. Inne.....	

.....
 (Potwierdzenie odbioru osobistego: data i podpis)

.....
 (Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika)

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu, trybu i terminów występowania do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz udostępniania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeniobiorcy informacji o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz o udzielonych mu świadczeniach z dnia 16 lutego 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz.338)
² Dotyczy sytuacji, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika