

Imię i nazwisko: Kawęczyn, dn.
Miejscowość:
Kod pocztowy:
tel.

Wójt Gminy Kawęczyn

Wniosek o przyznanie prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Proszę o przyznanie mi prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od dnia
(wpisać datę początkową okresu ubezpieczenia)

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

(W wykropkowanym miejscu uzasadnić wniosek. Należy tu opisać sytuację, w której Wnioskodawca obecnie się znajduje – sytuację rodzinną, majątkową, zdrowotną)

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....
(własnoręczny czytelny podpis Wnioskodawcy)