

.....
Imię i nazwisko

Łódź, dn.

.....
Numer PESEL

.....
Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu

Łódzki Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Kopcińskiego 58

.....
Adres zamieszkania

90-032 Łódź

.....
Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Numer telefonu kontaktowego/adres mailowy

WNIOSEK

o udostępnienie informacji o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej oraz kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie tych świadczeń¹

Na podstawie art. 192 ust.2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wnioskuję o udostępnienie informacji o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej zrealizowanych na moją rzecz/na rzecz mojego dziecka*: nr PESEL..... finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w okresie od do na terenie województwa łódzkiego.

.....
Czytelny podpis osoby wnioskującej

W dniu otrzymałem zgodnie ze złożonym wnioskiem informacje o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ w okresie od do na terenie województwa łódzkiego.

.....
Czytelny podpis osoby wnioskującej

¹ Wniosek może być złożony nie wcześniej niż po upływie 60 dni od zakończenia miesiąca kończącego okres wskazany we wniosku

* niepotrzebne skreślić