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			
4. Tel./faks/e-mail		6. Adres korespondencyjny	

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

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

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	□ Pocztą 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