

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)