WNIOSEK REFUNDACYJNY
KOSZTÓW WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

NALEŻY WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

WNIOSKODAWCA:
(uzupełnia rodzic/opiekun prawny w przypadku, gdy Osobą Uprawnioną jest osoba niepełnoletnia/ubezwłasnowolniona)

Imię: _____

Nazwisko: _____

Adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym: _____

PESEL: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

OSOBA UPRAWNIONA:

Imię: _____

Nazwisko: _____

Adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym: _____

PESEL: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

RODZAJ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

DATA UDZIELENIA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO:

Dzień: _____ **Miesiąc:** _____ **Rok:** _____

ZAŁĄCZNIKI:

1. **numer faktury/rachunku** _____ **data wystawienia** _____

2. **numer faktury/rachunku** _____ **data wystawienia** _____

3. **numer faktury/rachunku** _____ **data wystawienia** _____

SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA:

Kwotę proszę przesłać na rachunek bankowy prowadzony pod numerem:

PODPIS:

data: _____

miejscowość: _____

czytelny podpis osoby ubiegającej się o refundację: _____