.....

.....
Imię i nazwisko

.....

.....
Adres zamieszkania

Bełchatów, dnia .....

Dyrektor
Miejskiego Ośrodka
Pomocy Społecznej
w Bełchatowie

Uprzejmie proszę o wydanie dokumentu potwierdzającego moje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej uprawniających mnie do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Uważam, że spełniam warunki do uzyskania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej określone w art. 54 ww. ustawy.

Powyższy dokument niezbędny jest dla korzystania z nieodpłatnej opieki zdrowotnej.

.....
(podpis zgłaszającego wniosek)