

....., dn.r.
(miejscowość)

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Adres korespondencyjny (opcjonalnie)

.....

.....

PESEL (jeżeli osoba posiada)

.....

Seria i nr dowodu osobistego lub paszportu

.....

Numer telefonu (opcjonalnie) – lub inny
sposób kontaktu z Panią/Panem

.....

**LUBUSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI
Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Podgórna 9b
65-057 Zielona Góra**

WNIOSEK

Proszę o informację czy w ostatnich 5 latach miałam/em wykonane świadczenia protetyczne w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Sposób odbioru: osobisty/pocztą* (niepotrzebne skreślić)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sprawach z zakresu: informacji publicznej, petycji, postulatów oraz skarg i wniosków.

.....
(podpis)