Zielona Góra, ……………… 2020 r.

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 osób zwracających się do Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w sprawach z zakresu: udzielenia informacji (w tym publicznej), petycji oraz skarg i wniosków.

Podpis

…………………………………………………………