Miejscowość…………………………., data ………………

Imię i nazwisko

…………………………………………………..

Adres zamieszkania

……………………………………………………

……………………………………………………

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**

**Prośba**

Proszę o potwierdzenie w danym dniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie tego prawa.

Posiadam ubezpieczenia z tytułu ………………………………………………………………………………………………………. .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpis

…………………………………………………………

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.

…………………………………………………………