



WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Data

Imię i Nazwisko

AdresPESEL

Proszę o wydanie zaświadczenia o świadczeniach udzielonych mi w Centrum Medycznym i Rehabilitacji KRIOSONIK np. ul. Wysockiego 51, 03-202 Warszawa:,

w okresie od do, *nazwa komórki organizacyjnej*

- w związku z dalszym leczeniem lub rehabilitacją,
- w związku z niezdolnością do pracy,
- w związku z kontynuowaniem nauki,
- w związku z uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku,
- dla celów pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej,
- dla celów orzecznictwa o niepełnosprawności,
- w celu uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie,
- w związku z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych lub ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych,
- dla celów uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka,
- w innym celu*.

.....
podpis pacjenta

* - świadczeniobiorca ponosi koszty wydania zaświadczenia na zasadach określonych w art. 16 ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych