

**WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA**

Data ...................................

Imię i Nazwisko .......................................................................................................................................................

Adres .............................................................................................................PESEL ....................................................

**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*

OŚWIADCZENIE PACJENTA