



Pieczęć podmiotu leczniczego / praktyki  
zawodowej

## WNIOSEK O POKRYCIE KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### Instrukcja wypełniania

Ten wniosek wypełnia Twój lekarz, jeżeli:

- jesteś po wypadku przy pracy lub masz chorobę zawodową,
- poniesiesz w związku z tym koszty świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych,
- chcesz otrzymać zwrot tych kosztów.

Do wniosku dołącz:

- protokół powypadkowy albo kartę wypadku (po wypadku przy pracy),
- decyzję Państwowej Inspekcji Sanitarnej (w przypadku choroby zawodowej).

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

### Dane osoby, której dotyczy wniosek

Numer PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<i>Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu</i>		
Imię	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Ulica	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Numer domu	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Numer lokalu	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Miejscowość	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Nazwa państwa	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<i>Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski</i>		
Numer telefonu	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<i>Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie</i>		

