

.....
(miejscowość i data)

.....
(Nazwisko i Imię)

.....
(PESEL)

.....
(Pełen adres zamieszkania)

.....
(Nr. Telefonu, adres e-mail)

(Dane osoby ubiegającej się o refundację kosztów leczenia)

Nazwa Firmy Ubezpieczeniowej
Adres

WNIOSEK O REFUNDACJĘ
(zgodnie z warunkami opisanymi w pkt. 11 OPZ)
- WZÓR-

1. Nazwa usługi podlegającej wnioskowaniu -
2. Data wykonania usługi -
3. Okoliczności udzielenia świadczeń -
.....
.....
.....
4. Kwota usługi brutto (cena wykazana na fakturze/rachunku, nr faktury/rachunku) -
.....
.....
.....
5. Do wniosku załączam dokumenty finansowe w liczbie -
6. Forma wypłaty/Przelew bankowy (Bank/nr rachunku)
.....
.....
.....
7. Dane placówki, w której udzielono świadczenia (prywatna/działająca w ramach
powszechnego systemu opieki zdrowotnej, adres placówki) -
.....
.....
8. Wydatki razem -
9. Przyznana kwota refundacji (wypełnia ubezpieczyciel) -
.....

.....
(Data i czytelny podpis wnioskodawcy)