................................................

*(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*) ……………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………… ……………………………………………………..

……………… …… …………………………………………………………………………….

1. Dane placówki, w której udzielono świadczenia (prywatna/działająca w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej, adres placówki) - ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Wydatki razem - ……………………………………………………………………
3. Przyznana kwota refundacji (wypełnia ubezpieczyciel) - …………………………………..………………………………………………….

…………….……………………………

(Data i czytelny podpis wnioskodawcy)