

Jasień, dnia.....

.....

imię i nazwisko

.....

adres

.....

adres

.....

PESEL

**Burmistrz Jasienia**

**ul. XX lecia 20**

**68-320 Jasień**

Proszę o przyznanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od dnia .....2020r. do dnia.....2020r. na okres .....dni. Oświadczam, że nie posiadam ubezpieczenia zdrowotnego. Nie posiadam również dochodu umożliwiającego samodzielne ubezpieczenie.

.....

podpis