

**Imię i nazwisko** .....

**Adres zamieszkania** .....

.....

**Data urodzenia** .....

**PESEL** .....

Informuję, że jestem\* (byłam/byłam)\* leczona(y) w niżej wskazanych placówkach służby zdrowia\*\*:

*nazwa placówki służby zdrowia  
ewentualnie imię i nazwisko lekarza*

*adres placówki służby zdrowia*

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

Informacje powyższe zostaną wykorzystane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych – zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.) – dla potrzeb postępowania orzeczniczego związanego z rozpatrzeniem wniosku Pani/Pana w sprawie ustalenia uprawnień do świadczeń pieniężnych.

\* Niepotrzebne skreślić.  
\*\* Pod pojęciem placówki służby zdrowia należy rozumieć: zakład opieki zdrowotnej (przychodnia, szpital, ośrodek zdrowia, poradnia), indywidualną i grupową praktykę lekarską oraz inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych.