

# Wniosek o aktualizację danych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych

.....  
Miejscowość, data

DANE osoby składającej wniosek:

Imię i nazwisko : .....

Adres zamieszkania : .....

Adres do korespondencji: .....

Seria i nr dok tożsamości (dowód osobisty/paszport (\*)) : .....

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny w tej sprawie: tel. kontaktowy: .....

PESEL:

## Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki

Zwracam się z prośbą o dokonanie aktualizacji danych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych.

Dnia ..... zostałam/em poinformowana/ny przez Centrum Medyczne im. Bitwy Warszawskiej 1920 r. w Radzyminie – SPZ ZOZ, że Fundusz nie potwierdza mojego prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Posiadam ubezpieczenie zdrowotne w NFZ od dnia ..... z tytułu (\*):

- a) zatrudnienia, emerytury, renty,
- b) inny tytuł (proszę wskazać jaki): .....

.....

*Czytelny podpis pracownika Funduszu, który ustalił tożsamość osoby na podstawie okazanego dokumentu*

.....

*Czytelny podpis osoby składającej wniosek*

- w załączeniu dokumenty:

.....

.....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, iż w dniu dzisiejszym zapoznałem(am) się z treścią *KLAUZULI INFORMACYJNEJ DOTYCZĄCEJ PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W MAZOWIECKIM ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA.*

Miejscowość, data

Czytelny podpis