
Imię i nazwisko :
adres zamieszkania :
data urodzenia : . .
PESEL :

Informuję, że ~~jestem~~ byłem / byłam leczona(y) w niżej wymienionych placówkach służby zdrowia ** :

nazwa placówki służby zdrowia / ewentualnie imię i nazwisko

adres placówki służby zdrowia

Informacje powyższe zostaną wykorzystane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych - zgodnie z przepisami z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych(t. jedn. Dz.U. z 202 r. nr 101, poz. 926 z późn.zm.) - dla postępowania orzeczniczego związanego z rozpatrzeniem wniosku Pani / Pana w sprawie ustalenia uprawnień do pieniędzy.

* 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

N-9A Załącznik do wniosku o ustalenie uprawnień do świadczenia pieniężnego