

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.

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