

Łódź, dnia

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
.....
Adres zamieszkania

.....
Nr PESEL

Łódzki Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi

Zwracam się z prośbą o weryfikację mojego statusu ubezpieczenia* / statusu ubezpieczenia mojego dziecka:
nr PESEL* oraz korektę danych w systemie informatycznym NFZ w oparciu o przedstawione przeze mnie załączniki:

1.
2.
3.
4.

.....
Podpis

Adnotacje pracownika Funduszu:

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

.....
Data, pieczętka i podpis

*niepotrzebne skreślić