

....., dnia2021 roku

Dyrekcja

.....
w.....

Ja, niżej podpisana/podpisanywnoszę o umieszczenie mnie na liście osób wykonujących zawód medyczny uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, które otrzymują dodatkowe świadczenie miesięczne zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia wydanym 4 września 2020 roku Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia (w brzmieniu ustalonym 1 listopada 2020 r.).

Wnoszę o niezwłoczne poinformowanie mnie o umieszczeniu na tej liście.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie Lubelskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia i przetwarzanie przez ten Oddział oraz ministra właściwego do spraw zdrowia informacji o wysokości mojego miesięcznego wynagrodzenia w celu ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia i przekazania środków finansowych na jego wypłatę.

.....

(Podpis osoby wnioskującej)