

**Wniosek  
o odstąpienie od pobrania opłaty dodatkowej lub rozłożenie jej na raty**

..... , dnia ..... 200.... roku

.....  
Nazwisko i Imię

.....  
PESEL

.....  
ADRES

**Do Dyrektora**

.....  
**Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwolnienie mnie z opłaty dodatkowej/rozłożenie opłaty dodatkowej na raty<sup>1</sup>, o której mowa w art. 11ust. 5 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r., o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z dnia 2003 r., Nr 45, poz. 391 z późn.zm.), warunkującej zawarcie umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnym.

1. Prośbę swoją motywuję tym, że<sup>2</sup>

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

W przypadku nieuwzględnienia mojej prośby, wnoszę o rozłożenie wymaganej opłaty wynikającej z art. 11 ust. 6 w/w ustawy, na raty miesięczne.<sup>3</sup>

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....  
(data i podpis wnioskującego)

.....  
(podpis pracownika przyjmującego wniosek)

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Do wniosku należy dołączyć dokumenty potwierdzające ww. informacje.

<sup>3</sup> Nie dotyczy osoby, która wnioskuje o odstąpienie od opłaty dodatkowej i której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie 3 miesiące do roku oraz nie dotyczy osoby wnoszącej o rozłożenie opłaty dodatkowej na raty.

Do wniosku Pani/Pana .....  
Nr PESEL ..... zamieszkałej/go  
.....

Działając w trybie art. 11 ust. 9 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z dnia 2003 r., Nr 45, poz. 391 z późn. zm.) i na podstawie pełnomocnictwa wynikającego z uchwały z dnia 4 lipca 2003 roku nr 142/2003 Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia, wyrażam zgodę na:

- 1) odstąpienie od pobrania opłaty dodatkowej związanej z zawarciem umowy dobrowolnego ubezpieczenia\*
- 2) wniesienie opłaty dodatkowej płatnej w ratach miesięcznych.\*

.....  
miejsowość, data

.....  
Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego NFZ

\* niepotrzebnie skreślić