



Mazowiecki Szpital Wojewódzki  
w Siedlcach Sp. z o.o.

### WNIOSEK O PRZYWRÓCENIE DO KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH (wer.2)

(wniosek można składać nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia)

Imię i nazwisko .....

PESEL

tel. kontaktowy: .....

Adres: .....

W związku z niezgłoszeniem się na ustalone/y na dzień: .....

*(wypełnić właściwe)*

badanie .....

zabieg .....

poradę .....

co spowodowało skreślenie z listy oczekujących, wnoszę o przywrócenie na listę oczekujących.

Przyczyną niezgłoszenia się na ustalony termin było .....

.....

Siedlce, dnia .....

.....  
czytelny podpis wnioskującego

Wniosek przyjęty  ustalony termin na dzień: .....

Wniosek odrzucony

.....  
czytelny podpis akceptującego wniosek



Mazowiecki Szpital Wojewódzki  
w Siedlcach Sp. z o.o.

### WNIOSEK O PRZYWRÓCENIE DO KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH (wer.2)

(wniosek można składać nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia)

Imię i nazwisko .....

PESEL

tel. kontaktowy: .....

Adres: .....

W związku z niezgłoszeniem się na ustalone/y na dzień: .....

*(wypełnić właściwe)*

badanie .....

zabieg .....

poradę .....

co spowodowało skreślenie z listy oczekujących, wnoszę o przywrócenie na listę oczekujących.

Przyczyną niezgłoszenia się na ustalony termin było .....

.....

Siedlce, dnia .....

.....  
czytelny podpis wnioskującego

Wniosek przyjęty  ustalony termin na dzień: .....

Wniosek odrzucony

.....  
czytelny podpis akceptującego wniosek