



Rzecznik Praw Pacjenta

Wniosek należy  
wypełnić czytelnie,  
dokonując wpisów  
bez skreśleń  
i poprawek.

## Wniosek organizacji pacjentów o wpisanie do wykazu prowadzonego przez Rzecznika Praw Pacjenta

### Dane dotyczące organizacji pacjentów

Nazwa organizacji;

Teren działania organizacji ;

Siedziba organizacji pacjentów;

Cele i główne obszary działalności organizacji  
pacjentów, w szczególności problemy  
zdrowotne, których działalność ta dotyczy;

Nazwa organu i sposób reprezentacji  
podmiotu

Dane osób wchodzących w skład organu  
reprezentującego podmiot

1.

Imię

Nazwisko

2.

Imię

Nazwisko

3.

Imię

Nazwisko

4.

Imię

Nazwisko

<b>5.</b>	
<b>Imię</b>	
<b>Nazwisko</b>	
<b>Sposób reprezentowania organizacji</b>	
<b>Czy organizacja pacjentów należy do związku stowarzyszeń (federacji), a jeżeli tak, to do którego</b>	
<b>Numer Krajowego Rejestru Sądowego</b>	
<b>Czy dołączono kopię statutu stowarzyszenia lub fundacji;</b>	
<b>Dodatkowe informacje teleadresowe</b>	
<b>Ulica</b>	
<b>Numer domu i lokalu</b>	
<b>Miejscowość</b>	
<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Województwo</b>	
<b>Numer telefonu</b>	
<b>Adres poczty elektronicznej</b>	
<b>Adres strony internetowej</b>	

podpis\*

\* Wniosek złożony w postaci elektronicznej należy podpisać podpisem zaufanym, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem osobistym osoby uprawnionej.