

OŚWIADCZENIE

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej
składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego

Oświadczenie wypełnia się czytelnie pismem ręcznym, maszynowym lub komputerowym

I. Składający oświadczenie											
1. Imię i nazwisko											
2. Adres zamieszkania				ulica				nr domu		nr mieszkania	
				kod i miejscowość							
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)											
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ prawo jazdy ☐ karta pobytu ¹ ☐ dokument podróży ²									
	seria i numer										
5. Działając jako: ☐ rodzic ☐ inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy ☐ opiekun prawny ☐ opiekun faktyczny ³											
II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie											
1. Imię i nazwisko											
2. Adres zamieszkania				ulica				nr domu		nr mieszkania	
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)											
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ prawo jazdy ☐ karta pobytu ⁴ ☐ dokument podróży ⁵									
	seria i numer										
III. Treść oświadczenia											
.....(imię i nazwisko) posiada prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych											
1. Podpis osoby składającej oświadczenie		2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd)				3. Data udzielenia świadczenia - wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia ⁶ od (rrrr/mm/dd) do (rrrr/mm/dd)					
IV. Podstawa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.):											
☐ objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym ☐ uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁷ ☐ art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁸ ☐ art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁹ ☐ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ¹⁰ ☐ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ¹¹ ☐ art. 67 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ¹²											
V. Świadczeniodawca¹³ przyjmujący oświadczenie											
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu: 1) osoby składającej oświadczenie, 2) osoby, której dotyczy oświadczenie - z okazanymi mi dokumentami.											
1. Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe świadczeniodawcy oraz numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia				2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy				3. Data (rrrr/mm/dd)			