

## OŚWIADCZENIE o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

*Oświadczenie wypełnia się czytelnie piśmem ręcznym, maszynowym lub komputerowym*

<b>I. Składający oświadczenie</b>			
<b>1. Imię i nazwisko</b>			
<b>2. Adres zamieszkania</b>		ulica	nr domu
		nr mieszkania	
		kod i miejscowość	
<b>3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)</b>			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>4. Dokument potwierdzający tożsamość</b>	rodzaj	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> karta pobytu <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> dokument podróży <sup>2)</sup>	
	seria i numer		
<b>II. Treść oświadczenia</b>			
<b>Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>			
<b>1. Podpis osoby składającej oświadczenie</b>	<b>2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd)</b>	<b>3. Data udzielenia świadczenia - wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia<sup>3)</sup></b>	
		od	do
		(rrrr/mm/dd)	(rrrr/mm/dd)
<b>III. 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 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.):</b>			
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>5)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>6)</sup> <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>7)</sup>			
<b>IV. Świadczeniodawca <sup>8)</sup> przyjmujący oświadczenie</b>			
<b>Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.</b>			
<b>1. Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe świadczeniodawcy oraz numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia</b>	<b>2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy</b>	<b>3. Data (rrrr/mm/dd)</b>	