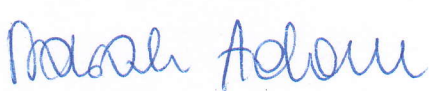


## OŚWIADCZENIE

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

<b>I. Składający oświadczenie</b>			
1. Imię i nazwisko		ADAM NOLAK	
2. Adres zamieszkania		ulica NOLA	nr domu 2
		kod i miejscowość 58-300, WAKBRZEW	nr mieszkania 2
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)			
0000000000000000			
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	<input checked="" type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy	
	numer	X42123456	
5. Działając jako : <input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny <sup>1)</sup>			
<b>II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie</b>			
1. Imię i nazwisko		ADAM NOLAK	
2. Adres zamieszkania		ulica NOLA	nr domu 2
		kod 58-300	miejscowość WAKBRZEW
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)			
0000000000000000			
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	<input checked="" type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> legitymacja szkolna	
	numer	X42123456	
<b>III. Treść oświadczenia</b>			
Adam Nolak ..... (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 (rrrr/mm/dd) – wypełniane tylko w przypadku gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielenia świadczenia <sup>2)</sup>	
	1.1.2020	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>3)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a 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 3 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>5)</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>6)</sup>			
<b>V. Świadczeniodawca<sup>7)</sup> przyjmujący oświadczenie</b>			
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 adresowa świadczeniodawcy, uwzględniająca 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)	