WZÓR

OŚWIADCZENIE
o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Oświadczenie wypełnia się czytelnie pismem ręcznym, maszynowym lub komputerowym

I. Składający oświadczenie

1. Imię i nazwisko		JAN NOWAK		
2. Adres zamieszkania		ulica KRÓTKA	nr domu 1	nr mieszkania 1
		kod i miejscowość 58-300 WAŁBRZYCH		
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ prawo jazdy -> zaznaczyć właściwe ☐ karta pobytu[1] ☐ dokument podróży[2]		
	seria i numer			

II. Treść oświadczenia

Posiadam 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[3]
✓	✓	od (rrrr/mm/dd) do (rrrr/mm/dd)

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):

☐ 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[4]

☐ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[5]

☐ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[6]

☐ art. 67 ust. 4–7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[7]

IV. Świadczeniodawca[8] przyjmujący oświadczenie

Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.

1. Pieczątka 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)