

OŚWIADCZENIE**o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej**

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		<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	
		<input type="checkbox"/> prawo jazdy	
rodzaj		seria i numer	
II. Treść oświadczenia			
<i>Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i>			
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 ¹⁾	
		od do (rrrr/mm/dd) (rrrr/mm/dd)	
III. Podstawa prawna 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 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm):			
<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 ²⁾			
<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 ³⁾			
<input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4 - 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁴⁾			
IV. Świadczeniodawca⁵⁾ przyjmujący oświadczenie			
<i>Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.</i>			
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)