

## 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  |  |        |   | Alina Kowalska   |   |   |   |  |   |                  |   |   |   |   |
| 2. Adres zamieszkania   |  |        |   | Ulica Długa  |   |   |   | nr domu 38   |   | nr mieszkania 40 |   |   |   |   |
|   |  |        |   | kod i miejscowość 01-345 Kraków  |   |   |   |  |   |                  |   |   |   |   |
| 3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)   |  |        |   | 7  | 9 | 0 | 8 | 2  | 5 | 0                | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 4. Dokument potwierdzający tożsamość  |  | rodzaj | <input checked="" type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport<br><input type="checkbox"/> prawo jazdy  |  |   |   |   |  |   |                  |   |   |   |   |
|   |  | numer  | AHG 234567  |  |   |   |   |  |   |                  |   |   |   |   |
| 5. Działając jako : <input checked="" 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  |  |        |   | Marlena Kowalska   |   |   |   |  |   |                  |   |   |   |   |
| 2. Adres zamieszkania   |  |        |   | ulica Długa  |   |   |   | nr domu 38   |   | nr mieszkania 40 |   |   |   |   |
|   |  |        |   | kod 01-345   |   |   |   | miejscowość Kraków   |   |                  |   |   |   |   |
| 3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)   |  |        |   | 9  | 9 | 0 | 1 | 1  | 5 | 0                | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 4. Dokument potwierdzający tożsamość  |  | rodzaj | <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport<br><input type="checkbox"/> prawo jazdy <input checked="" type="checkbox"/> legitymacja szkolna |  |   |   |   |  |   |                  |   |   |   |   |
|   |  | numer  | 7365  |  |   |   |   |  |   |                  |   |   |   |   |
| <b>III. Treść oświadczenia</b>  |  |        |   |  |   |   |   |  |   |                  |   |   |   |   |
| <i>Marlena Kowalska</i> (imię i nazwisko) posiada prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  |  |        |   |  |   |   |   |  |   |                  |   |   |   |   |
| 1. Podpis osoby składającej oświadczenie<br><br><i>Alina Kowalska</i>   |  |        |   | 2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd)<br><br>2013.07.23   |   |   |   | 3. Data udzielenia świadczenia (rrrr/mm/dd) – wypełniane tylko w przypadku gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia <sup>2)</sup><br><br>od (rrrr/mm/dd) do (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><br><input checked="" type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym<br><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><br><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><br><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><br><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:<br>1) osoby składającej oświadczenie,<br>2) osoby, której dotyczy oświadczenie<br>- 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)   |   |                  |   |   |   |   |