OŚWIADCZENIE
o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej
składane przez
kobietę w okresie ciąży, porodu lub połogu
posiadającą obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Polski
(tylko w przypadku gdy kobieta nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym)

I. Składający oświadczenie												
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	☒ dowód osobisty ☐ paszport ☐ prawo jazdy										
	seria i numer	**AHG 234567**										

II. Treść oświadczenia		
Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		
1. Podpis osoby składającej oświadczenie *Alina Kowalska*	2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd) **2013.01.26**	3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia[1)] 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 [2)]

☒ art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [3)]

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

IV. Świadczeniodawca[5)] przyjmujący oświadczenie		
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.		
1. Pieczątka 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)