

OŚWIADCZENIE

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Oświadczenie wypełnia się czytelnie pismem ręcznym, maszynowym lub komputerowym

Uwaga: Oświadczenie nie potwierdza prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku osoby, która jest ubezpieczona w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)¹⁾

I. Składający oświadczenie			
1. Imię i nazwisko	✓	<i>DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ</i>	
2. Adres zamieszkania	✓	ulica	nr domu
		nr mieszkania	
		kod i miejscowość	
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)			
4. Dokument potwierdzający tożsamość	✓	rodzaj*	seria i numer
		<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> karta pobytu ²⁾ <input type="checkbox"/> dokument podróży ³⁾ <input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany ⁴⁾ <input type="checkbox"/> polski dokument tożsamości cudzoziemca ⁵⁾	
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 udzielenia świadczenia ⁶⁾
		<i>Proszę nie uzupełniać</i>	rrrr/mm/dd)
III. Podstawa prawna do świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach o (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.):			
<input checked="" type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 i 2 <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy ⁸⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy ⁹⁾ <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 tej ustawy ¹⁰⁾			
IV. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona, którzy przyjmują oświadczenie			
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.			
1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędącego świadczeniodawcą osobę uprawnioną ¹¹⁾ (nadruk albo pieczętka):	2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie ¹²⁾	3. Data (rrrr/mm/dd)	
<i>Proszę nie uzupełniać</i>	<i>Proszę nie uzupełniać</i>	<i>Proszę nie uzupełniać</i>	

* W