

**OŚWIADCZENIE**  
**o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej**  
**składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego**

*Oświadczenie wypełnia się czytelnie pismem ręcznym, maszynowym lub komputerowym*

<b>I. Składający oświadczenie (rodzic/opiekun prawny)</b>			
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	rodzaj	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport
		<input type="checkbox"/> karta pobytu <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> prawo jazdy
	seria i numer	<input type="checkbox"/> dokument podróży <sup>2)</sup>	
5. Działając jako : <input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny <sup>3)</sup>			
<b>II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie (dziecko)</b>			
1. Imię i nazwisko			
2. Adres zamieszkania		ulica	nr domu
		nr mieszkania	
		kod	
		miejscowość	
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)			
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport
		<input type="checkbox"/> karta pobytu <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> prawo jazdy
	seria i numer	<input type="checkbox"/> dokument podróży <sup>5)</sup>	
<b>III. Treść oświadczenia</b>			
..... (imię i nazwisko) posiada 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 <sup>6)</sup>	
		od (rrrr/mm/dd)	do (rrrr/mm/dd)
<b>IV. 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>			
<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 <sup>7)</sup> <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>8)</sup> <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>9)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>10)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>11)</sup> <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>12)</sup>			
<b>V. Świadczeniodawca<sup>13)</sup> przyjmujący oświadczenie</b>			
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu:			
1) osoby składającej oświadczenie, 2) osoby, której dotyczy oświadczenie - z okazanymi mi dokumentami.			
1. Pieczętka 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)	