

OŚWIADCZENIE
o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej
składane przez osobę,

która otrzymała decyzję wójta (burmistrza lub prezydenta)
potwierdzającą prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

O wydanie takiej decyzji może wystąpić osoba posiadająca obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania w Polsce, o ile spełnia warunki uprawniające od otrzymania świadczeń z pomocy społecznej.

| | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|--|----------|----------|----------|--|----------------------|-------------------------|----------|----------|----------|
| 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 | 3 |
| 4. Dokument potwierdzający tożsamość | rodzaj | <input checked="" type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy | | | | | | | | | |
| | seria i numer | AHG 234567 | | | | | | | | | |
| 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⁾ | | | | | |
| <i>Alina Kowalska</i> | | 2013.01.26 | | | | 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): | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym <input checked="" 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) | | | | |