


o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składane przez osoby ubezpieczone, np.

- osoby zatrudnione na umowę o pracę,
- emeryci i renciści,
- rolnicy,

- osoby prowadzące działalność gospodarczą,
- osoby ubezpieczone dobrowolnie w NFZ,
- bezrobotni zarejestrowani w Urzędzie Pracy,

- zgłoszeni do ubezpieczenia członkowie rodzin osób ubezpieczonych

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	<input checked="" type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> 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			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⁾						
			2013.01.26				od _____ do _____ (rrrr/mm/dd) (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 checked="" 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 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													
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.													
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)					