**Dane świadczeniobiorcy[[1]](#footnote-1):**

Imię i nazwisko …………………………………

Adres …………………………………

Data urodzenia …………………………………

**OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZWROT KOSZTÓ LECZENIA PONIESIONYCH W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EFTA**

**II w związku z ubieganiem się o zwrot kosztów leczenia poniesionych w innym państwie członkowskim UE/EFTA oświadczań, że przebywałem/am w ………………………………… (kraj) w dniach od ………………………………… do …………………………………w celu[[2]](#footnote-2):**

* Turystycznym
* Zarobkowym:
* Pracownik sezonowy
* Prowadzenie działalności gospodarczej od ………
* Umowa o pracę
* Studia
* Innym (jakim, np. zmiana miejsca zamieszkania) ……………………………………………………………………

**II Opis zdarzenia będącego przyczyną skorzystania ze świadczeń zdrowotnych. Proszę podać wskazane przez lekarza rozpoznanie choroby:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczań, iż wszystkie dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawy.**

………………………………… ………………………………………………

Data wypełnienia oświadczenia (dd/mm/rrrr) czytelny podpis osoby wypełniającej oświadczenie lub opiekuna prawnego

1. W przypadku udzielenia świadczenia członkowi rodziny głównej osoby ubezpieczonej, proszę wpisać dane głównej osoby ubezpieczonej [↑](#footnote-ref-1)
2. Właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-2)