

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 4 marca 2021 r. (poz. 475)

Załącznik nr 1

WZÓR

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			
2. Adres zamieszkania		ulica	nr domu
		nr mieszkania	
		kod i miejscowość	
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)			
4. Dokument potwierdzający tożsamość		<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⁾	
rodzaj*			
seria i numer			
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⁾
		od do (rrrr/mm/dd) (rrrr/mm/dd)	
III. Podstawa prawna 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 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.):			
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 tej ustawy ⁷⁾ <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 niebędącą świadczeniodawcą osobę uprawnioną ¹¹⁾ (nadruk albo pieczętka):		2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie ¹²⁾	3. Data (rrrr/mm/dd)

* Właściwe zaznaczyć.