

OŚWIADCZENIE
o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Oświadczenie wypełnia się czytelnie piśmem 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)

I. Składający oświadczenie			
1. Imię i nazwisko			
2. Adres			nr domu 17
	nr mieszkania		
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)	91062805515		
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	☐ dowód osobisty	☐ paszport
		☐ karta pobytu	☐ dokument podróży
		☐ zgoda na pobyt tolerowany	☐ polski dokument tożsamości cudzoziemca
	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) 2026-03-11	3. Data udzielenia świadczenia - wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia od do	
..... podpis			
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 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.):			
■ objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej ■ uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 tej ustawy ■ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy ■ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy ■ art. 67 ust. 4-7 tej ustawy			
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 niebędąca świadczeniodawcą osobę uprawnioną: MEDICUS CLINIC sp. z o.o Józefa Piłsudskiego 16B 76-200 Słupsk NIP 8393250317	2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy podpis	3. Data (rrrr-mm-dd) 2026-03-11	

MEDICUS *clinic*