

## 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)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I. Składający oświadczenie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1. Imię i nazwisko                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 2. Adres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | nr domu                                            | nr mieszkania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 3. Numer PESEL<br>(jeżeli został nadany)                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4. Dokument potwierdzający tożsamość                                                                                                                                                                                                                                                                                               | rodzaj                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> dowód osobisty            | <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> karta pobytu              | <input type="checkbox"/> dokument podróży                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany | <input type="checkbox"/> polski dokument tożsamości cudzoziemca                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| seria i numer : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>II. Treść oświadczenia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 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 od <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> do <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> |
| <div style="border-top: 1px solid black; width: 100%; text-align: center;">podpis</div>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>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.):</b>                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej</li> <li>■ uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 tej ustawy</li> <li>■ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy</li> <li>■ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy</li> <li>■ art. 67 ust. 4-7 tej ustawy</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>IV. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona, którzy przyjmują oświadczenie</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędąca świadczeniodawcą osobę uprawnioną:<br>MEDICUS CLINIC sp. z o.o<br>Józefa Piłsudskiego 16B<br>76-200 Słupsk<br>NIP 8393250317                                                                                                                                                | 2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy<br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 100%; text-align: center;">podpis</div> |                                                    | 3. Data (rrrr-mm-dd)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

MEDICUS clinic