

Wrocław, dnia --

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie posiadam uprawnienia do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego potwierdzone aktualnym dokumentem ubezpieczeniowym.

Imię i Nazwisko pacjenta:

Pesel: Data urodzenia:

Symbol i nazwa terytorialnie właściwego oddziału NFZ:

.....
(czytelny podpis pacjenta)

Stwierdzam konieczność objęcia opieką medyczną w/w pacjenta

Data:

.....
(pieczęć i podpis lekarza
lub kierownika komórki organizacyjnej)