



OŚWIADCZENIE

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Dane pacjenta:

1. Imię i nazwisko:
2. PESEL:
3. Adres zamieszkania:
4. Adres e-mail.....
5. Telefon kontaktowy:.....
6. Nazwa Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.....

Oświadczam, że posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jestem objęta/objęty ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie (**właściwe podkreślić**):

- a) umowy o pracę,

NIP Zakładu Pracy.....

- b) świadczenia emerytalnego/ rentowego

nr legitymacji....., ubezpieczenie ważne do

Data wydania legitymacji.....

Legitymacja wydana przez (np. ZUS, KRUS).....

- c) zgłoszenia jako członka rodziny,

NIP Zakładu Pracy.....

- d) decyzji wójta, burmistrza, prezydenta

nr decyzji, ubezpieczenie ważne do

data wydania decyzji.....

- e) inne.....

W przypadku utraty ubezpieczenia zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym St. Vincent Medical Center Sp. z o.o.

Podstawa prawna do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

.....
CZYTELNY podpis pacjenta lub opiekuna