

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)<sup>1)</sup>**

<b>I. Składający oświadczenie</b>			
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 <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> dokument podróży <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> polski dokument tożsamości cudzoziemca <sup>5)</sup>	
rodzaj*			
seria i numer			
<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 udzielenia świadczenia <sup>6)</sup>
		od                    do (rrrr/mm/dd) (rrrr/mm/dd)	
<b>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.):</b>			
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 tej ustawy <sup>7)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy <sup>8)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy <sup>9)</sup> <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 tej ustawy <sup>10)</sup>			
<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 niebędącą świadczeniodawcą osobę uprawnioną <sup>11)</sup> (nadruk albo pieczętka):		2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie <sup>12)</sup>	3. Data (rrrr/mm/dd)

\* Właściwe zaznaczyć.