Załącznik nr 16 do zarządzenia nr 101/2025/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 23 grudnia 2025 r.

**OŚWIADCZENIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oznaczenie świadczeniodawcy\* |  | ……………… dnia ……………… r. |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego  
lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

*(dotyczy: produktu, o którym mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)*

1. Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………….

Numer PESEL (jeżeli został nadany): ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ

Rodzaj, numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

…………..……………………………………………………………………………………….................

2. Dane przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego:

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………

3. Dane dotyczące liczby dni pobytu:

Data pobytu – od …..………….….... do ……………………………

(dd/mm/rrrr) (dd/mm/rrrr)

Ilość osobodni ……………………………………………………………………..……………………..

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  | ......................................................... |
|  | Podpis składającego oświadczenie |

\* Pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP i REGON