Załącznik Nr 8 do zarządzenia Nr 10/2024/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 26 stycznia 2024 r.

**OŚWIADCZENIE**

….…………………… dnia ………………………… r.

|  |
| --- |
| Oznaczenie świadczeniodawcy \* |

**OŚWIADCZENIE**

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 (Dz. U. z 2023 r. poz.1545, z późn. zm.))*

1. Dane świadczeniobiorcy:

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

Numer PESEL (jeżeli został nadany): I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

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