Załącznik Nr 6 do zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 11 grudnia 2020 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **oznaczenie świadczeniodawcy** | ....................dnia...........................r. | | | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE**  **przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności**  *(dotyczy: produktu, o którym mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r.*  *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)* | | | | | | | | | | | |
| 1. Dane świadczeniobiorcy: | Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |
| Numer PESEL (jeżeli został nadany): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rodzaj, numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL) | ..........................................................................  .......................................................................... | | | | | | | | | | |
| 2. Dane przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego: | Imię i nazwisko.................................................... | | | | | | | | | | |
| Data pobytu – | od …..………….…....(dd/mm/rrrr) do……………………. (dd/mm/rrrr) | | | | | | | | | | |
| Ilość osobodni | .................................... | | | | | | | | | | |
|  | .........................................................  Podpis składającego oświadczenie | | | | | | | | | | |