

..... 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)*

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

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