….…………………… 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): I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

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

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

1. Dane przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego:

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

1. 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