

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Uwaga: Oświadczenie nie potwierdza prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku osoby, która jest ubezpieczona w innym niż Rzeczypospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) ¹⁾

I. Składający oświadczenie													
1. Imię i nazwisko			MARTA GONCIARZ										
2. Adres zamieszkania			ulica				nr domu 26			nr mieszkania			
			kod i miejscowość 26-212				PRZYŁOGI						
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)			9	0	0	4	2	4	0	8	5	8	0
4. Dokument potwierdzający tożsamość		rodzaj	☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ prawo jazdy ☐ karta pobytu ²⁾ ☐ dokument podróży ³⁾ ☐ zgoda na pobyt tolerowany ⁴⁾ ☐ polski dokument tożsamości cudzoziemca ⁵⁾ ☐ legitymacja szkolna										
			seria i numer CCR 132364										
II. Treść oświadczenia													
Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych													
1. Podpis osoby składającej oświadczenie			2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd)				3. Data udzielenia świadczenia - wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia ⁶⁾						
Marta Gonciarz			2026/10/26				od do						
III. Podstawa prawna do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.):													
☒ objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej ☐ uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 tej ustawy ⁷⁾ ☐ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy ⁸⁾ ☐ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy ⁹⁾ ☐ art. 67 ust. 4–7 tej ustawy ¹⁰⁾													
IV. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona przyjmujący oświadczenie													
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.													
1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędącą świadczeniodawcą osobę uprawnioną ¹¹⁾ (nadruk albo pieczęćka):			2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie ¹²⁾					3. Data (rrrr/mm/dd)					
Gminny Ośrodek Zdrowia w Smykowie 26-212 Smyków 91, tel. 41 373 90 07 REGON 290422348 NIP 658-17-09-541 000000014613 Ośrodek Zdrowia 01 ul. Łokietka 2A POZ 0010			Danuta Włodarczyk					2026/10/26					