



F-207-034-001, ed.2

OŚWIADCZENIE

Warszawa dn,.....

Ja, niżej podpisany

data urodzenia.....pesel.....obywatelstwo.....

legitymujący się dowodem tożsamości.....
(rodzaj dokumentu i jego numer)

Zamieszkała/y

.....

Pobyt stały

.....

Oświadczam, że nie jestem objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W związku z tym wnoszę , aby świadczenia zdrowotne pn.

.....

(rodzaj świadczenia zdrowotnego)

zostało mi udzielone na zasadach pełnej odpłatności poza systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....

(podpis)

Odebrałam/em

(pieczętka i podpis osoby odbierającej)