



NZOZ SALUS SP. Z O.O.
NZOZ SALUS OPIEKA STACJONARNA
NZOZ SALUS II
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy ul. Zagorzynek 34, 62-800 Kalisz
NIP: 618-21-86-283, REGON: 386846077-00026, NR KS. REJ. W-30 24095-03-006

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:.....

Imię i nazwisko Opiekuna Prawnego:

Oświadczenie pacjenta lub opiekuna prawnego pacjenta o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Ja, niżej podpisany/a/
oświadczam, iż jestem/Pacjent..... jest
(*imię i nazwisko Pacjenta w przypadku, gdy oświadczenie podpisuje Opiekun Prawny*)
osobą ubezpieczoną i przysługuje mi/mu prawo do świadczeń opieki
zdrowotnej, o którym mowa w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o
świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz. U. z 2020r. poz 1398 z późn. zm.)

Data.....

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego.....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie.....