Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 18/2025/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 17 marca 2025 r.

**OŚWIADCZENIE  
przedstawiciela ustawowego/ opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego  
lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności  
(dotyczy: produktu, o którym mowa art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)**

1. Dane świadczeniobiorcy: Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………. Numer PESEL (jeśli 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) …………..……………………………………………………………………………………………………

2. Dane przedstawiciela ustawowego/ opiekuna faktycznego: Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………

3. Dane dotyczące liczby dni pobytu przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Data pobytu – od | ………………………… | do | ………………………… |  |
|  |  | (dd/mm/rrrr) |  | (dd/mm/rrrr) |  |

Ilość osobodni ……………………………………………………………………………..………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | ………………………………………………. |
|  | Składający oświadczenie\* |

*\*kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem*