

..... 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): |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

.....

**2. Dane przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego:**

Imię i nazwisko .....

**3. 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