

oznaczenie
świadczeniodawcy

..... dnia r.

OŚWIADCZENIE

przedstawiciela ustawowego/ opiekuna faktycznego pacjenta posiadającego
orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

*(dotyczy: produktu, o którym mowa w 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): |||||||||||||||

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 prawnego

Data pobytu – od do
(dd/mm/rrrr) (dd/mm/rrrr)

Ilość osobodni

.....
Podpis i pieczęć składającego oświadczenie