….…………………… 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): I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

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

…………..………………………………………………………………………………………………………...

1. Dane przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego:

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………….

1. Dane dotyczące liczby dni pobytu przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

Data pobytu – od …..………….….... do ……………………………

(dd/mm/rrrr) (dd/mm/rrrr)

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

……………………………………………….

Podpis i pieczątka składającego oświadczenie