

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/a

zam.

PESEL:

legitymujący/a się dowodem osobistym: seria numer
(wpisać dane w przypadku braku numeru pesel)

Korzystałem/am ze świadczeń medycznych udzielonych w trybie nagłym, w momencie udzielania pomocy medycznej nie posiadałem/am dokumentów potwierdzających moje prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym zobowiązuję się w terminie do 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, lub w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia hospitalizacji dostarczyć do Specjalistycznego Szpitala im. Dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu – aktualny dokument potwierdzający moje ubezpieczenie zdrowotne tj.:

- Aktualną legitymację ubezpieczeniową w przypadku osób pracujących,
- Legitymację ubezpieczeniową dla członków rodziny pracownika, w przypadku dzieci lub innego członka rodziny pracownika,
- Legitymację ubezpieczeniową rencisty, emeryta.
- W przypadku rolników – aktualne zaświadczenie KRUS,
- W przypadku osób niepracujących – aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy, potwierdzające zarejestrowanie osoby jako bezrobotnej.
- Inne osoby, niż ubezpieczeni – decyzja wójta, burmistrza, prezydenta. (art. 7 ust 2, art. 54 ust 1,4,7 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

W przypadku nie dostarczenia dokumentów w wyznaczonym terminie, zobowiązuję się pokryć koszty mojego leczenia w Specjalistycznym Szpitalu im. Dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu.

(Podstawa prawna: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

Upoważniam Specjalistyczny Szpital im. Dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu.

.....
data

.....
podpis