



SALUS + Sp. z o.o.
NZOZ SALUS +
NZOZ SALUS + ŚREM
Hospicjum Stacjonarne
ul. Chelmońskiego 1, 63-100 Śrem
NIP:6182180665, REGON: 38250051900013
Nr ks. rej. W-30 207208-01-004

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:.....

Imię i nazwisko Opiekuna Prawnego:

Oświadczenie pacjenta lub opiekuna prawnego pacjenta o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Ja, niżej podpisany/a/
oświadczam, iż jestem/Pacjent..... jest
(imię i nazwisko Pacjenta w przypadku, gdy oświadczenie podpisuje Opiekun Prawny)
osobą ubezpieczoną i przysługuje mi/mu prawo do świadczeń opieki
zdrowotnej, o którym mowa w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o
świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz. U. z 2020r. poz 1398 z późn. zm.)

Data.....

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego.....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie.....