



..... dnia ..... r.

## OŚWIADCZENIE

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

*(dotyczy: produktu, o którym mowa 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:

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

Ilość osobodni .....

.....  
Podpis składającego oświadczenie