Narodowy Fundusz Zdrowia

Oddział Wojewódzki W WARSZAWIE

POŚWIADCZENIE nr 07/072/23/XXXX

potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Imiona	Nazwisko (a)

Data urodzenia

dzień miesiąc Rok

Numer PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie nadano tego numeru – seria i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych

Numer identyfikacyjny zamieszczony na zaświadczeniu

Adres miejsca zamieszkania

Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

miejscowość kod pocztowy ulica nr domu nr lokalu

Nazwa instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia opieki zdrowotne

Zakres świadczeń opieki zdrowotnych przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji

PEŁEN ZAKRES ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej

od dnia WAŻNE DO CZASU SKRÓCENIA OKRESU WAŻNOŚCI

data	…… stanowisko oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej dokument