

Pieczętka instytucji

## Narodowy Fundusz Zdrowia

Oddział Wojewódzki w.....

POŚWIADCZENIE nr .....

potwierdzające prawo do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej  
Polskiej

Imiona

Nazwisko (a)

Data urodzenia

.....

dzień

.....

miesiąc

.....

rok

Numer PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej nie nadano tego numeru – seria i numer dowodu osobistego lub paszportu, albo nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu, na podstawie którego ustalono dane osobowe

Numer identyfikacyjny zamieszczony na zaświadczeniu

Adres miejsca zamieszkania (poza granicami Polski)

Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

.....  
miejscowość

.....  
kod

.....  
ulica

.....  
nr domu

.....  
nr lokalu

Nazwa i adres instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia zdrowotne

Zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących uprawnionemu

Okres przysługiwania świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

data

stanowisko oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej dokument