

Warszawa, .....

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany .....

data urodzenia .....

legitymujący się dowodem tożsamości .....

(rodzaj dokumentu i jego nr)

oświadczam, że nie jestem objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W związku z tym wnoszę, aby świadczenie zdrowotne pn.

.....

(rodzaj świadczenia zdrowotnego)

zostało mi udzielone na zasadach pełnej odpłatności poza systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....

(podpis)