

.....  
(miejscowość, data)

## **OŚWIADCZENIE O ZGŁOSZENIU DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO\*\***

.....  
(imię i nazwisko)

urodzony(a).....  
(data i miejsce urodzenia)

posiadający(a)  
numer PESEL .....  
(nr PESEL)

zamieszkały(a).....  
(adres zamieszkania pacjenta)

oświadczam, że zostałem(am) zgłoszony(a) do ubezpieczenia przez:

.....  
(nazwa instytucji, która zgłosiła pacjenta do ubezpieczenia np. pełna nazwa zakładu pracy i adres)

do Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą  
w Katowicach przy ul. Kossutha 13.

.....  
(podpis pacjenta)

\*Złożenie oświadczenia nie zdejmuje z pacjenta obowiązku przedstawienia w późniejszym terminie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

\* Tekst oświadczenia został skonsultowany z Narodowym Funduszem Zdrowia.