

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko

Adres

Ja niżej podpisany / -a legitymujący się dowodem osobistym nroświadczam iż podlegam ubezpieczeniu uprawniającemu mnie do korzystania zaświadczeń zdrowotnych z tytułu : * (*podkreślić tytuł ubezpieczenia*)

- zatrudnienia na podstawie umowy o pracę
- prowadzenia działalności gospodarczej
- ubezpieczenia w KRUS
- pobierania emerytury lub rencisty
- pobierania zasiłku dla bezrobotnych
- ubezpieczenia dobrowolnego
- pozostawania członkiem rodziny osoby ubezpieczonej
- korzystania z pomocy opieki społecznej
- jako osoba uprawniona do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji

.....
podpis

.....

czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie