

Załącznik Nr 16 do zarządzenia Nr 37/2024/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 marca 2024 r.

Oznaczenie świadczeniodawcy\*

..... dnia ..... r.

## OŚWIADCZENIE

przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego  
lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

*(dotyczy: produktu, o którym mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r.  
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)*

### 1. Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko .....

Numer PESEL (jeżeli został nadany): |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Rodzaj, numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

### 2. Dane przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego:

Imię i nazwisko .....

### 3. Dane dotyczące liczby dni pobytu:

Data pobytu – od ..... do .....

(dd/mm/rrrr)      (dd/mm/rrrr)

Ilość osobodni .....

.....  
Podpis składającego oświadczenie

\* Pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP i REGON