

Oświadczenie

Ja.....urodzony/urodzona.....oświadczam,
że jestem zgłoszony/zgłoszona do korzystania z ubezpieczenia zdrowotnego w ramach NFZ.

PESEL:

Nazwa instytucji, która zgłosiła pacjenta do ubezpieczenia:

Nazwa oddziału wojewódzkiego NFZ:

.....

(data)

.....

(imię i nazwisko)