

Pieczętka instytucji

Narodowy Fundusz Zdrowia

Oddział Wojewódzki W SZCZECINIE

POŚWIADCZENIE nr 16/106/16/.....

potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Imiona

.....

Nazwisko (a)

.....

Data urodzenia

.....
dzień miesiąc Rok

Numer PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie nadano tego numeru – seria i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych

.....

Numer identyfikacyjny zamieszczony na zaświadczeniu

.....

Adres miejsca zamieszkania

Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

.....
miejsowość kod pocztowy ulica nr domu nr lokalu

Nazwa instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia opieki zdrowotne

.....
.....

Zakres świadczeń opieki zdrowotnych przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji

PEŁEN ZAKRES ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

od dnia np. WAŻNE DO CZASU SKRÓCENIA OKRESU WAŻNOŚCI

.....
data

.....
stanowisko oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej dokument