Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 15 grudnia 2004 r. (poz. 2718)

WZÓR POŚWIADCZENIA
POTWIERDZAJĄCEGO PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Pieczątka instytucji

Narodowy Fundusz Zdrowia

Oddział Wojewódzki w .....

POŚWIADCZENIE nr .....*

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

.....

miejscowość kod pocztowy ulica nr domu nr lokalu

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

.....

.....

Zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji

.....

.....

Okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

.....

.....

data stanowisko oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej dokument

* Budowa numeru rejestracyjnego poświadczenia przyjmuje format: numer oddziału/rodzaj zaświadczenia serii E100/rok wydania poświadczenia (dwie ostatnie cyfry)/numer kolejny poświadczenia (5-cyfrowy).