



POZNAŃSKI OŚRODEK SPECJALISTYCZNYCH USŁUG MEDYCZNYCH

OŚWIADCZENIE

I.

Oświadczam, że w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystałem/am ze świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w rozumieniu przepisów Zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w danym zakresie.

II.

Ponadto oświadczam, że przysługuje mi prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz, że w tym samym zakresie nie korzystam ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych w innym podmiocie leczniczym.

III.

Jednocześnie wyrażam zgodę na obciążenie mnie kosztami leczenia zgodnie z cennikiem obowiązującym u świadczeniodawcy i zobowiązuję się uiścić te koszty w przypadku gdyby oświadczenie zawarte w pkt. II okazało się nieprawdziwe.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(miejsowość, data, podpis)

Podstawa prawna: Zarządzenie 79/2014 /DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia §2 ust.1 pkt.19 - pacjent pierwszorazowy to świadczeniobiorca, który w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie spośród wymienionych w kolumnie 3 załącznika nr 1a do zarządzenia „Katalog zakresów świadczeń w poradniach specjalistycznych” i otrzymuje świadczenie w oparciu w oparciu o przepisy art. 57 lub art. 60 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.