

WZÓR

Pieczęćka instytucji Narodowy Fundusz Zdrowia Oddział Wojewódzki w.....				
POŚWIADCZENIE nr ¹⁾ potwierdzające prawo do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej				
Imiona		Nazwisko (a)		
Data urodzenia dzień miesiąc rok				
Numer PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej nie nadano tego numeru – seria i numer dowodu osobistego lub paszportu, albo nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu, na podstawie którego ustalono dane osobowe				
Numer identyfikacyjny zamieszczony na zaświadczeniu				
Adres miejsca zamieszkania (poza granicami Polski)				
Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejscowość kod ulica nr domu nr lokalu				
Nazwa i adres instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia zdrowotne				
Zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących uprawnionemu				
Okres przysługiwania świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej				
data		stanowisko oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej dokument		

¹⁾ Budowa numeru rejestracyjnego poświadczenia przyjmuje format: numer oddziału/numer kolejny poświadczenia.