

Kraków, dnia 2024-03-04

OŚWIADCZENIE

przedstawiciela ustawowego/ opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego

1. Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko «Dane_pacjenta_-_Imiona» «Dane_pacjenta_-_Nazwisko»

Numer PESEL (jeśli został nadany): 123456212345

Rodzaj, numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

2. Dane przedstawiciela ustawowego/ opiekuna faktycznego:

Imię i nazwisko «<<[(wybór, rosnąco, wszystkie, 0)]>>» «N-Dane opiekunów -
Pokrewieństwo - Kod-N» «Dane opiekunów - Nazwisko i imię»«>>»

3. Dane dotyczące liczby dni pobytu:

Data pobytu – od «Dane hospitalizacji - Data przyjęcia» do «Dane hospitalizacji - Data wypisu»
(dd/mm/rrrr) (dd/mm/rrrr)

Liczba noclegów rodziców

.....
Podpis składającego oświadczenie