

Warszawa, dnia 26 marca 2015 r.

Poz. 438

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 10 marca 2015 r.

**w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 50 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Wzór oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składanego przez:

- 1) świadczeniobiorcę, w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego, w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

**§ 2.** Dotychczasowe wzory oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, określone w rozporządzeniu, o którym mowa w § 3, mogą być stosowane, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, z wyłączeniem przypadków, gdy oświadczenie składa świadczeniobiorca posiadający miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który uzyskał w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650 oraz z 2014 r. poz. 463 i 1004), lub oświadczenie jest składane w imieniu tego świadczeniobiorcy, zgodnie z art. 50 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**§ 3.** Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1421).

**§ 4.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650, z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175, 1188, 1491 i 1831 oraz z 2015 r. poz. 396.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 10 marca 2015 r. (poz. 438)

Załącznik nr 1

WZÓR

## OŚWIADCZENIE

### o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

*Oświadczenie wypełnia się czytelnie pismem ręcznym, maszynowym lub komputerowym*

<b>I. Składający oświadczenie</b>															
1. Imię i nazwisko															
2. Adres zamieszkania		ulica	nr domu												
		nr mieszkania													
		kod i miejscowość													
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)															
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> karta pobytu <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> dokument podróży <sup>2)</sup>												
	seria i numer														
<b>II. Treść oświadczenia</b>															
Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych															
1. Podpis osoby składającej oświadczenie	2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd)	3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia <sup>3)</sup>													
		od (rrrr/mm/dd)	do (rrrr/mm/dd)												
<b>III. Podstawa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.):</b>															
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>5)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>6)</sup> <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>7)</sup>															
<b>IV. Świadczeniodawca<sup>8)</sup> przyjmujący oświadczenie</b>															
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.															
1. Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe świadczeniodawcy oraz numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia	2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy	3. Data (rrrr/mm/dd)													

**OBJAŚNIENIA**

- 1) Karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650, z późn. zm.) – w przypadku osoby, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 2) Dokument podróży, o którym mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach – w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, albo dokument podróży przewidziany w Konwencji Genewskiej, o którym mowa w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r. poz. 680, z późn. zm.) – w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy.
- 3) Zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie może zostać złożone w terminie późniejszym.
- 4) Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej.
- 5) Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu oraz posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 6) Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 7) Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:
  - a) art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w okresie 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia,
  - b) art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ukończyła szkołę:
    - ponadgimnazjalną – w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów,
    - wyższą – w okresie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów,
  - c) art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym lub jest członkiem rodziny osoby pobierającej ten zasiłek – w okresie pobierania tego zasiłku,
  - d) art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ubiega się o przyznanie emerytury lub renty lub jest członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty – w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.
- 8) Świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345).

**POUCZENIE**

Zgodnie z art. 50 ust. 16 pkt 2 i ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku złożenia oświadczenia pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, chyba że w chwili składania oświadczenia działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

## WZÓR

## OŚWIADCZENIE

**o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej  
składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego**

*Oświadczenie wypełnia się czytelnie piśmem ręcznym, maszynowym lub komputerowym*

<b>I. Składający oświadczenie</b>			
1. Imię i nazwisko			
2. Adres zamieszkania		ulica	nr domu
		nr mieszkania	
		kod i miejscowość	
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)			
4. Dokument potwierdzający tożsamość		rodzaj	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> karta pobytu <sup>1)</sup>
			<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> dokument podróży <sup>2)</sup>
		seria i numer	<input type="checkbox"/> prawo jazdy
5. Działając jako: <input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny <sup>3)</sup>			
<b>II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie</b>			
1. Imię i nazwisko			
2. Adres zamieszkania		ulica	nr domu
		nr mieszkania	
		kod	miejscowość
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)			
4. Dokument potwierdzający tożsamość		rodzaj	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> karta pobytu <sup>4)</sup>
			<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> dokument podróży <sup>5)</sup>
		seria i numer	<input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> legitymacja szkolna
<b>III. Treść oświadczenia</b>			
..... (imię i nazwisko) posiada prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			
1. Podpis osoby składającej oświadczenie	2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd)	3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia <sup>6)</sup>	
		od (rrrr/mm/dd)	do (rrrr/mm/dd)
<b>IV. Podstawa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.):</b>			
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>7)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>8)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>9)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>10)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>11)</sup> <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>12)</sup>			
<b>V. Świadczeniodawca<sup>13)</sup> przyjmujący oświadczenie</b>			
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu:			
1) osoby składającej oświadczenie,			
2) osoby, której dotyczy oświadczenie			
– z okazanymi mi dokumentami.			

1. Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe świadczeniodawcy oraz numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia	2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy	3. Data (rrrr/mm/dd)
---	--	----------------------

### OBJAŚNIENIA

- 1) Karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650, z późn. zm.) – w przypadku osoby, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 2) Dokument podróży, o którym mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach – w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, albo dokument podróży przewidziany w Konwencji Genewskiej, o którym mowa w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r. poz. 680, z późn. zm.) – w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy.
- 3) Opiekunem faktycznym jest każda osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.
- 4) Patrz przypis nr 1.
- 5) Patrz przypis nr 2.
- 6) Zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie może zostać złożone w terminie późniejszym.
- 7) Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej.
- 8) Dotyczy osoby, która posiada obywatelstwo polskie i nie ukończyła 18. roku życia. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 9) Dotyczy osoby, która nie ukończyła 18. roku życia, posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 10) Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu oraz posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 11) Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

- <sup>12)</sup> Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:
- a) art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w okresie 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia,
  - b) art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ukończyła szkołę:
    - ponadgimnazjalną – w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów,
    - wyższą – w okresie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów,
  - c) art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym lub jest członkiem rodziny osoby pobierającej ten zasiłek – w okresie pobierania tego zasiłku,
  - d) art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ubiega się o przyznanie emerytury lub renty lub jest członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty – w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.
- <sup>13)</sup> Świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Dz. U. z 2015 r. poz. 345).

### POUCZENIE

Zgodnie z art. 50 ust. 16 pkt 2 i ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku złożenia oświadczenia pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, chyba że w chwili składania oświadczenia działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.