Dane świadczeniobiorcy[1]:

Imię i nazwisko .....

Adres .....

Data urodzenia .....

OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZWROT KOSZTÓ LECZENIA PONIESIONYCH W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EFTA

II w związku z ubieganiem się o zwrot kosztów leczenia poniesionych w innym państwie członkowskim UE/EFTA oświadczań, że przebywałem/am w …… (kraj) w dniach od …… do ……w celu[2]:

- ☐ Turystycznym
- ☐ Zarobkowym:
  - ☐ Pracownik sezonowy
  - ☐ Prowadzenie działalności gospodarczej od ……
  - ☐ Umowa o pracę
- ☐ Studia
- ☐ Innym (jakim, np. zmiana miejsca zamieszkania) …… ……

II Opis zdarzenia będącego przyczyną skorzystania ze świadczeń zdrowotnych. Proszę podać wskazane przez lekarza rozpoznanie choroby:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Oświadczań, iż wszystkie dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawy.

……	……
Data wypełnienia oświadczenia (dd/mm/rrrr)	czytelny podpis osoby wypełniającej oświadczenie lub opiekuna prawnego

[1] W przypadku udzielenia świadczenia członkowi rodziny głównej osoby ubezpieczonej, proszę wpisać dane głównej osoby ubezpieczonej

[2] Właściwe zakreślić