

**1260****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 1 maja 2004 r.

**w sprawie sposobu wydawania i określenia wzoru poświadczenia**

Na podstawie art. 19b ust. 3 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) sposób wydawania poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) wzór poświadczenia, o którym mowa w pkt 1.

§ 2. 1. Poświadczenie potwierdzające prawo do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zaopatrzone w numer, wydaje właściwy ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu osoby uprawnionej oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na wniosek osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, nie później niż w terminie 7 dni od dnia złożenia wniosku.

2. Przez złożenie wniosku, o którym mowa w ust. 1, rozumie się przedstawienie zaświadczenia o prawie do świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie przepisów o koordynacji, wydanego przez instytucję właściwą w rozumieniu tych przepisów, oraz dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych osoby występującej o wydanie poświadczenia.

§ 3. Wzór poświadczenia, o którym mowa w § 1 pkt 1, stanowi załącznik do rozporządzenia.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *L. Sikorski*

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833 oraz z 2003 r. Nr 199, poz. 1941).

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 166, poz. 1609, Nr 190, poz. 1864, Nr 202, poz. 1956, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 5, poz. 37, Nr 19, poz. 177, Nr 64, poz. 593, Nr 93, poz. 892 i 896, Nr 96, poz. 959 i Nr 99, poz. 1001.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 1 maja 2004 r. (poz. 1260)

## WZÓR

Pieczęćka instytucji <p style="text-align: center;"><b>Narodowy Fundusz Zdrowia</b>          Oddział Wojewódzki w .....</p>				
<b>POŚWIADCZENIE nr .....</b> * <b>potwierdzające prawo do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej          Polskiej</b>				
Imiona		Nazwisko (a)		
Data urodzenia <p style="text-align: center;">.....                      .....                      .....</p> <p style="text-align: center;">dzień                      miesiąc                      rok</p>				
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 Rzeczypospolitej Polskiej) ..... .....				
Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej <p style="text-align: center;">.....                      .....                      .....                      .....                      .....</p> <p style="text-align: center;">miejscowość                      kod                      ulica                      nr domu                      nr lokalu</p>				
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		

\* Budowa numeru rejestracyjnego poświadczenia przyjmuje format: numer oddziału/numer kolejny poświadczenia.