

**Załącznik do wniosku o wypłatę świadczenia**

**Oświadczenie dotyczące kontynuacji leczenia**

**(dotyczy konsultacji zrealizowanych od 1 czerwca 2022 r. do 31 grudnia 2022 r. oraz zabiegów rehabilitacyjnych zrealizowanych od 1 czerwca 2022 r. do 30 czerwca 2022r.)**

Oświadczam, że będę kontynuował/kontynuowała leczenie: ..... (*specjalizacja lekarza<sup>i</sup>*) u lekarza:....., w podmiocie medycznym: ..... (*nazwa podmiotu medycznego*), mieszczącym się pod adresem:....., posiadającym NIP:.....

Imię i nazwisko Ubezpieczonego:.....

Numer Pesel Ubezpieczonego:.....

Data i podpis Ubezpieczonego:.....

---

<sup>i</sup> *Jeśli leczenie będzie kontynuowane u więcej niż jednego lekarza w tym podmiocie medycznym, należy wskazać każdą specjalizację lekarską*