

## WZÓR

## OŚWIADCZENIE

## I. DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIODAWCY POZ

Nazwa			
Adres siedziby			
REGON		NIP	

## II. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			
PESEL			

## III. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że aktywowałem/aktywowałam<sup>\*)</sup> Internetowe Konto Pacjenta:<sup>\*\*)</sup>

1) w związku z potwierdzeniem profilu zaufanego przez świadczeniodawcę POZ, zgodnie z art. 20c ust. 2a ustawy z dnia 17 lutego 2005 o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2019 r. poz.700, 730, 848 i 1590);

2) w sposób inny, niż określony w pkt 1, w wyniku prowadzonej przez świadczeniodawcę POZ kampanii informacyjnej mającej na celu zakładanie profili zaufanych w inny dostępny sposób.

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>\*\*)</sup> zaznaczyć właściwe

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis świadczeniobiorcy