

Oznaczenie świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

**INFORMACJA O AKTUALNEJ LICZBIE PODOPIECZNYCH
DPS, PLACÓWEK SOCJALIZACYJNYCH, INTERWENCYJNYCH, RESOCJALIZACYJNYCH
OBJĘTYCH PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ ŚWIADCZENIAMI LEKARZA POZ/PIELĘGNIARKI POZ*)**

L.p.	Nazwa i dane adresowe jednostki lub pieczętka z adresem jednostki	Liczba podopiecznych aktualna na dzień sporządzania informacji				Pieczętka i podpis dyrektora jednostki
		DPS	placówka socjalizacyjna	placówka interwencyjna	placówka resocjalizacyjna	
1	█					
2	█					
3	█					
4	█					
5	█					

.....
data, miejsce

.....
pieczętka imienna i podpis Świadczeniodawcy

*) - niepotrzebne skreślić
Uwaga! W przypadku placówek wielofunkcyjnych kwalifikować zgodnie z funkcją dominującą placówki