

**OŚWIADCZENIE O WYBORZE ŚWIADCZENIODAWCY
W PROGRAMIE ORTODONTYCZNA OPIEKA NAD DZIEĆMI
Z WRODZONYMI WADAMI CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI**

Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adres zamieszkania

Część A

1. Wyrażam zgodę na objęcie leczeniem w ramach programu „Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”

.....

pełna nazwa i adres świadczeniodawcy

oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)

2. Oświadczam, że będę kontynuował/a leczenie w ramach programu „Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki” w:

.....

pełna nazwa i adres świadczeniodawcy

oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis świadczeniobiorcy /
opiekuna prawnego świadczeniobiorcy

Część B

3. Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa w programie „Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”.

.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis świadczeniobiorcy /
opiekuna prawnego świadczeniobiorcy