

Załącznik Nr 4 – umowa POZ

Oznaczenie świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

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

Lp.	Nazwa i adres jednostki	Liczba świadczeniobiorców objętych opieką w danej jednostce			
		DPS	placówka socjalizacyjna	placówka interwencyjna	placówka resocjalizacyjna
1					
2					
3					
4					
5					

.....
data, miejsce

.....
pieczęć imienna i podpis Świadczeniodawcy

*) - niepotrzebne skreślić

Uwaga! W przypadku placówek wielofunkcyjnych kwalifikować zgodnie z funkcją dominującą placówki