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 pieczątka imienna i podpis Świadczeniodawcy

\*) - niepotrzebne skreślić

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