

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 pieczęć z adresem jednostki	Liczba podopiecznych aktualna na dzień sporządzania informacji			
		DPS	placówka socjalizacyjna	placówka interwencyjna	placówka resocjalizacyjna
1					
2					
3					
4					
5					

.....  
Data, miejsce

.....  
Oznaczenie Świadczeniodawcy

\*) - niepotrzebne skreślić

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