Załącznik nr 8
do zarządzenia Nr 55/2010/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2010 r.

OŚWIADCZENIE O WYBORZE ŚWIADCZENIODAWCY W PROGRAMIE ORTODONTYCZNEJ OPIEKI NAD DZIEĆMI Z WRODZONYMI WADAMI CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI

Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko ……..

PESEL | | | | | | | | | | | |

Adres zamieszkania ……..

Oświadczam, że przed dniem 1 stycznia 2011 roku uczestniczyłam/em w leczeniu prowadzonym w ramach:*)

1. Programu wielospecjalistycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego lub wtórnego, realizowanego w latach 2000-2002 przez Ministerstwo Zdrowia TAK |_| NIE |_|

…… ……
Miejscowość, dnia: Podpis świadczeniobiorcy / opiekuna prawnego świadczeniobiorcy

2. Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego lub Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, realizowanych przez Fundusz począwszy od roku 2004. TAK |_| NIE |_|

…… ……
Miejscowość, data Podpis świadczeniobiorcy / opiekuna prawnego świadczeniobiorcy

*) zakreślić właściwą odpowiedź