

**OŚWIADCZENIE O WYBORZE ŚWIADCZENIODAWCY
W PROGRAMIE ORTODONTYCZNEJ OPIEKI 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 ortodontycznej opieki 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 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

2. Oświadczam, że będę kontynuował/a leczenie w ramach Programu ortodontycznej opieki 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 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis świadczeniobiorcy /
opiekuna prawnego świadczeniobiorcy

Część B

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa w Programie ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis świadczeniobiorcy /
opiekuna prawnego świadczeniobiorcy