

**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 2014 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 znakiem **!x!**