

**OŚWIADCZENIE O WYBORZE ŚWIADCZENIODAWCY  
W PROGRAMIE ORTODONTYCZNA OPIEKA 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 „Ortodontyczna opieka 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 „Ortodontyczna opieka 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**

3. Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa w programie „Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis świadczeniobiorcy /  
opiekuna prawnego świadczeniobiorcy