

**OŚWIADCZENIE O WYBORZE ŚWIADCZENIODAWCY
W PROGRAMIE ORTODONTYCZNA OPIEKA 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 od roku 2004 lub programu „Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”, realizowanych przez Fundusz od roku 2009

TAK |_| NIE |_|

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy /
opiekuna prawnego świadczeniobiorcy

*) zakreślić właściwą odpowiedź znakiem |x|