

OSWIADCZENIE O WYBORZE SWIADCZENIODAWCY

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Adres pacjenta:

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

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

Część B

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

Podpis pacjenta/ opiekuna
prawnego pacjenta:

Miejscowość, dnia: