

**OŚWIADCZENIE O UCZESTNICTWIE PACJENTA W PROGRAMIE W LATACH 2000-2007**

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Adres pacjenta:

Oświadczam, że przed dniem 1 stycznia 2007 roku uczestniczyłam/ em w leczeniu prowadzonym w ramach realizowanego w latach 2000-2002 przez Ministerstwo Zdrowia Programu wielospecjalistycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego i/ lub wtórnego lub Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, realizowanych w latach 2004-2007.

Podpis pacjenta/ opiekuna  
prawnego pacjenta:

.....

Miejscowość, dnia: .....