Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 60/2023/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 5 kwietnia 2023 r.

**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 2022 r. poz. 2561, 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

|  |  |
| --- | --- |
| **............................................................** | **............................................................** |
| Miejscowość, data | Podpis świadczeniobiorcy/opiekuna prawnego świadczeniobiorcy |

**Część B**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **............................................................** | **............................................................** |
| Miejscowość, data | Podpis świadczeniobiorcy/opiekuna prawnego świadczeniobiorcy |