

**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 lipca 2016 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 **lxl**