

4) Wypełnić w przypadku, gdy dane są inne niż wyszczególnione w części 1.

2. Oświadczam, że zostałam(-łem) poinformowana(-ny) o tym, że moje dane osobowe zbierane przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w przy ul. są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację)

(świadczeniodawca realizujący program pilotażowy)

--	--

(podpis osoby przysięgającej deklaracji)

5) Właściwe zakreślić znakiem „x”.

IV. Rezygnuję z wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami.

.....
(data: dzień-miesiąc-rok)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację)

.....
(pieczęć, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego
zawierająca nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacyjny
umowy)

.....
(pieczęć, nadruk lub naklejka miejsca udzielania świadczeń
opieki zdrowotnej zawierająca nazwę, adres oraz numer
identyfikacyjny umowy)

POUCZENIE

Informacja dla wypełniającego deklarację

1. Możliwe jest wybranie tylko jednego świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami.
2. Złożenie deklaracji wyboru do kolejnego ośrodka koordynującego realizującego program pilotażowy unieważnia poprzedni wybór.