

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.