

W związku z wymogami nałożonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia prosimy o podanie danych na temat złożenia deklaracji dotyczących lekarza rodzinnego lub lekarza POZ i pielęgniarki środowiskowej.

Nazwa i adres przychodni z numerem telefonu, do której należy pacjent:

.....  
.....

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego:

.....

Imię i nazwisko pielęgniarki środowiskowej:

.....