

Oznaczenie świadczeniodawcy  
Nr umowy z NFZ

**INFORMACJA O AKTUALNEJ LICZBIE PODOPIECZNYCH  
DPS, PLACÓWEK SOCJALIZACYJNYCH, INTERWENCYJNYCH, RESOCJALIZACYJNYCH  
OBJĘTYCH PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ ŚWIADCZENIAMI LEKARZA POZ/PIELĘGNIARKI POZ\*)**

L.p.	Nazwa i dane adresowe jednostki lub pieczęć z adresem jednostki	Liczba podopiecznych aktualna na dzień sporządzania informacji				Pieczęć i podpis dyrektora jednostki
		DPS	placówka socjalizacyjna	placówka interwencyjna	placówka resocjalizacyjna	
1						
2						
3						
4						
5						

.....  
data, miejsce

.....  
pieczęć imienna i podpis Świadczeniodawcy

\*) - niepotrzebne skreślić  
Uwaga! W przypadku placówek wielofunkcyjnych kwalifikować zgodnie z funkcją dominującą placówki