

Oznaczenie świadczeniodawcy  
Nr umowy z NFZ

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

Lp.	Nazwa i adres jednostki	Liczba świadczeniobiorców objętych opieką w danej jednostce			
		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