

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