

**OŚWIADCZENIE LEKARZA POZ i UCZESTNIKA PROJEKTU (PACJENTKI)  
O UDZIELONYM ŚWIADCZENIU ZDROWOTNYM**

Beneficjent: **Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie**  
 Tytuł projektu: **Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim**  
 Numer umowy: **POWR.05.01.00-00-0009/18**  
 Tytuł programu profilaktycznego: **Programu koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych.**

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych	<b>KONSULTACJA NA POZIOMIE POZ (LEKARZ PRZY WSPARCIU PERSONELU POZ)</b>
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne /diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne /diagnostyczne	