



Data:

WNIOSEK O ZMIANĘ REALIZATORA

Nazwa realizatora u którego para aktualnie korzysta ze świadczeń zdrowotnych:

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Nazwa realizatora, u którego para zamierza podjąć leczenie¹:

.....
.....
.....

Prosimy o dokonanie zmiany realizatora, u którego aktualnie prowadzone jest leczenie w ramach Programu Zdrowotnego „Programu – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016”.

Wyrażamy zgodę na przekazanie kopii dokumentacji medycznej do wyżej wskazanego ośrodka.

Imię i Nazwisko pacjentki	
PESEL	
Podpis pacjentki	

Imię i Nazwisko pacjenta	
PESEL	
Podpis pacjenta	

Koordinator Laboratorium Wspomagania Rozrodu

¹ Podanie nazwy nowego realizatora, którego wybiera para, pozwala przyspieszyć postępowanie zmiany realizatora.