Załącznik Nr 1 do umowy Nr……./2019,
zawartej w dniu……2019 r. pomiędzy
Miastem Rzeszów a……

Data……

……
Pieczęć podmiotu

Wykaz uczestników Programu polityki zdrowotnej dotyczącego kompleksowej rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych i ich rodzin w zakresie zdrowia dziecka i rodziny – w odniesieniu do świadczeń niefinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, **za…….kwartał 2019 r.**

I część Programu

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Adres zamieszkania	Rodzaj świadczenia	Data udzielenia świadczenia

…….. … …….....
Podpis Koordynatora Programu Podpis i pieczęć Dyrektora Podmiotu

Załącznik Nr 1 do umowy Nr……./2019,
zawartej w dniu……2019 r. pomiędzy
Miastem Rzeszów a……

Data……

……
Pieczęć podmiotu

Wykaz uczestników Programu polityki zdrowotnej dotyczącego kompleksowej rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych i ich rodzin w zakresie zdrowia dziecka i rodziny – w odniesieniu do świadczeń niefinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, **za…….kwartał 2019 r.**

II część Programu

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Adres zamieszkania	Rodzaj świadczenia	Data udzielenia świadczenia

…….. ……....
Podpis Koordynatora Programu Podpis i pieczęć Dyrektora Podmiotu