Nazwa świadczeniodawcy: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej *"PROMED-SCHOL"* Danuta Szotko

Pieczątka gabientu

Nazwa i adres szkoły .....

Imię i nazwisko pielęgniarki / higienistki szkolnej .....

Lista podopiecznych WYKREŚLONYCH z listy Świadczeniodawcy w miesiącu ..... 20.....r.

L.p.	Nazwisko ubezpieczonego	Imię ubezpieczonego	PESEL	Opieka specjalna*	Adres zameldowania				
					miejscowość	kod	ulica	nr domu	nr lokalu

* Opieka specjalna: **A, B, C** - uczeń szkoły specjalnej typ a, b, c; **N** - uczeń niepełnosprawny z klasy integracyjnej; **I** - uczeń z klasy integracyjnej; **S** - uczeń klasy sportowej lub mistrzostwa sportowego; **W** - uczeń szkoły zawodowej z warsztatami szkolnymi

L.p.	Nazwisko ubezpieczonego	Imię ubezpieczonego	PESEL	Opieka specjalna*	Adres zameldowania				
					miejscowość	kod	ulica	nr domu	nr lokalu

* Opieka specjalna: **A, B, C** - uczeń szkoły specjalnej typ a, b, c; **N** - uczeń niepełnosprawny z klasy integracyjnej; **I** - uczeń z klasy integracyjnej; **S** - uczeń klasy sportowej lub mistrzostwa sportowego; **W** - uczeń szkoły zawodowej z warsztatami szkolnymi