

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

Pieczętka gabinetu

Nazwa i adres szkoły

Imię i nazwisko pielęgniarki / higienistki szkolnej

Lista podopiecznych ZAPISANYCH na listę Świadczeniodawcy w miesiącu 20.....r.

L.p.	Klasa	Nazwisko ubezpieczonego	Imię ubezpieczonego	PESEL	Opieka spec.*	Adres zameldowania				
						miejsowość	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.	Klasa	Nazwisko ubezpieczonego	Imię ubezpieczonego	PESEL											Opieka spec.*	Adres zameldowania						
																mięscowość	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