

**Centrum Opieki Salus Sp. z o.o.**  
44-253 Rybnik, ul. Jastrzębska 12  
NIP 6423204492 REGON368354833  
Nr umowy z NFZ 124/214138  
cz. I-000000195759, cz. V-01, cz. VII.....  
Pielęgniarska Opieka Długoterminowa



.....  
(Miejscowość, data)

## **INFORMACJA DO POZ**

Zgodnie z Zarządzeniem nr 87/2013/IDSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dn. 18 grudnia 2013r informujemy

Lekarza POZ /pielęgniarkę POZ o objęciu/zakończeniu opieki w ramach

**Pielęgniarską(iej) Opieką (i) Długoterminową(ej) Domową (ej)**

z dniem .....

Pacjentki(ta) .....

PESEL .....

Pieczęć Poradni POZ

Pieczęć i podpis lekarza POZ

Pieczęć i podpis pielęgniarki POZ