



OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany, jestem rodzicem / opiekunem prawnym Pacjenta:

.....

imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

Oświadczam, że Pacjent nie korzystał w przeszłości i nie korzysta obecnie ze świadczeń dla osób z autyzmem w ramach programu **KO-CZR Koordynowana Opieka nad Osobami z Całościowymi Zaburzeniami Rozwoju** w jednej z 3 placówek:

- NAVICULA Centrum Diagnostyki i Terapii Autyzmu Łódź ul. K. Cedry 2
- Centralny Szpital Kliniczny CKD - Psychiatria Łódź ul. Czechosłowacka 8/10
- Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej Szpital im. J. Babińskiego Łódź ul. Aleksandrowska 159

W przypadku przystąpienia do KO-CZR zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym Fundację JIM.

Jednocześnie, w związku z obecnie obowiązującymi przepisami udzielania świadczeń zdrowotnych, przyjmuję do wiadomości, że jeśli wybiorę świadczenia w ramach KO-CZR wszelkie wizyty w Poradni dla osób z autyzmem w Fundacji JIM będą zawieszane.

.....

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

.....

PESEL rodzica / opiekuna

.....

data złożenia Oświadczenia

.....

podpis rodzica / opiekuna prawnego