

REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

| Nazwa projektodawcy: | |
|--|--|
| Centrum Medyczne Enel-Med Spółka Akcyjna ul. Słomińskiego 19/524, 00-195 Warszawa NIP: 5242593360 | |
| Tytuł projektu: | |
| „Rehabilitacja dla Ciebie - terapia, edukacja, działanie!!!” | |

| Dane uczestnika | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="12">zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL</td> </tr> </table> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED) | ISCED 5-8 Wyższe | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ISCED 4 Policealne | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ISCED 3 Ponadgminazjalne / Ponadpodstawowe (liceum, technikum, szkoła zawodowa) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ISCED 2 Gimnazjalne | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ISCED 1 Podstawowe | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ISCED 0 Brak | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Dane kontaktowe uczestnika | |
|----------------------------|--|
| Województwo | |
| Powiat | |
| Gmina | |
| Miejscowość | |
| Ulica | |
| Nr budynku | |
| Nr lokalu | |

REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

| | |
|--------------------|--|
| Kod pocztowy | |
| Telefon kontaktowy | |
| Adres e-mail | |

| Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | | | | |
|---|-----|--|-----|--|
| Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy. | Tak | | Nie | |
| Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy. | Tak | | Nie | |
| W tym długotrwale bezrobotny Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. | Tak | | Nie | |
| Bierny zawodowo Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). | Tak | | Nie | |
| W tym osoba ucząca się | Tak | | Nie | |
| W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | Tak | | Nie | |
| Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy) | Tak | | Nie | |
| osoba pracująca w administracji rządowej | | | | |
| osoba pracująca w administracji samorządowej | | | | |
| inne | | | | |
| osoba pracująca w MMŚP | | | | |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | | | |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | | | |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | |
| Zatrudniony w: | | | | |

REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

| | |
|--|---------------------------|
| Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony | |
| Wykonywany zawód: | |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego | |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego | |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego | |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | |
| Pracownik instytucji rynku pracy | |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | |
| Rolnik | |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | |
| Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej | |
| Instruktor praktycznej nauki zawodu | |
| Inny | |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | |
| (odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej) | |
| Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | |
| Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. | |
| Tak | Nie |
| | Odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | |
| 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). | |
| Tak | Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami | |
| Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności: - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym, - orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia, | |

REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

| | | | | | |
|--|--|-----|--|---------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - orzeczenie o niezdolności do pracy, - orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, - orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim, - inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.), - w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia. | | | | | |
| Tak | | Nie | | Odmowa podania informacji | |
| <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</p> <p>Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0. (Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia)</p> | | | | | |
| Tak | | Nie | | Odmowa podania informacji | |

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych
(należy wypełnić w dniu przystąpienia do projektu)

Data

Podpis

REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

Załącznik nr 2 do Regulaminu

OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI

Zgłaszając chęć uczestnictwa w projekcie pt. „Rehabilitacja dla Ciebie - terapia, edukacja, działanie!!!”, oświadczam, że:

| | |
|---|-----|
| zostałem(łam) poinformowany(a), iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 | TAK |
| w przypadku zakwalifikowania do udziału w programie zobowiązuję się do uregulowania kwoty 99 zł, tytułem opłaty za uczestnictwo w projekcie | TAK |
| zapoznałem(łam) się z Regulaminem udziału w projekcie, akceptuję jego postanowienia i oświadczam, że spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie, tj.: | TAK |
| – posiadam stałe lub czasowe zameldowanie na terenie województwa Wielkopolskiego | TAK |
| – jestem kobietą w przedziale wiekowym 50-59 lat lub mężczyzną w przedziale wiekowym 50-64 lata | TAK |
| – jestem aktywny(a) zawodowo w rozumieniu treści Wytycznych w obszarze zdrowia | TAK |
| – posiadam skierowanie wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i kręgosłupa i zobowiązuję się do jego dostarczenia na pierwszą konsultację lekarską | TAK |
| – w ciągu ostatniego miesiąca nie korzystałem(am) z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacji finansowanej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie zbliżonym z opieką rehabilitacyjną objętą przedmiotowym Projektem | TAK |
| – w ciągu ostatniego miesiąca nie przebywałem(am) w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym | TAK |
| nie uczestniczę w żadnym innym programie terapeutyczno-rehabilitacyjnym związanym ze schorzeniami narządu ruchu i kręgosłupa finansowanym ze środków publicznych, w tym również ze środków NFZ | TAK |
| nie biorę udziału w analogicznym projekcie finansowanym ze środków Unii Europejskiej u innego beneficjenta | TAK |
| zobowiązuję się do aktywnego uczestnictwa we wszystkich zajęciach w ramach projektu, tj. konsultacjach lekarskich/fizjoterapeutycznych, zabiegach terapii indywidualnej, zajęciach edukacyjnych, zajęciach sportowych | TAK |
| zobowiązuję się, w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie, do przekazania danych dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. | TAK |
| przyjmuję do wiadomości, że podanie przeze mnie nieprawdziwych informacji może spowodować, że organizator Projektu „Rehabilitacja dla Ciebie - terapia, edukacja, działanie!!!” może ponieść szkodę w związku z utratą dofinansowania mojego uczestnictwa w Projekcie w kwocie nawet 2.989,53 PLN | TAK |

Data złożenia oświadczeń

Czytelny podpis Kandydata(tki)

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020

| 5

Załącznik nr 3 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14
Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z realizacją Projektu pt. „Rehabilitacja dla Ciebie – terapia, edukacja, działanie!!!”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020. Oś priorytetowa 6 „Rynek pracy”, Działanie 6.6 „Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne”, Poddziałanie 6.6.1 „Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne”

oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Zarząd Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych
 - w ramach zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 – 2014-2020: Departament Organizacyjny i Kadr, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, e-mail: inspektor.ochrony@umww.pl,
 - w ramach zbioru Centralny system teleinformatyczny: oraz z Inspektorem ochrony danych osobowych, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, e-mail: iod@miir.gov.pl.
3. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego,

REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

- Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);
- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);
- c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.).
- 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
- a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego r Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);
- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);
- c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
- d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między Beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str.1).
5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu RPWP.06.06.01-30-0043/17, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,

REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

- ewaluacji, kontroli, audytu w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).
6. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Zarząd Województwa Wielkopolskiego, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, Beneficjentowi realizującemu Projekt – Centrum Medyczne ENEL-MED S.A., ul. Słomińskiego, 00-195 Warszawa, oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu – Fundacja Medycyna i Sztuka, ul. Augustowska 51, 61-051 Poznań oraz Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu, ul. Królowej Jadwigi 27/39, 061-871 Poznań oraz podmiotowi, który na zlecenie Beneficjenta uczestniczy w realizacji Projektu - Poznańskie Centrum Fizjoterapii Funkcjonalnej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Kręta 19, 62-002 Suchy Las, NIP: 9721302629.
 7. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
 8. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.
 9. Obowiązek podania danych wynika z przepisów prawa, odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości rozliczenia kosztów wynagrodzenia w ramach Projektu.
 10. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
 11. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 12. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 13. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

Załącznik nr 4 do umowy uczestnictwa w Projekcie

Imię i Nazwisko

ID Uczestnika projektu

**ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ
W OBSZARZE REHABILITACJI MEDYCZNEJ WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE**

Oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

.....
Imię i nazwisko Pacjenta(tki)

.....
*Data wypełnienia
formularza*

.....
*Czytelny podpis
Pacjenta(tki)*

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. program z pacjentem(ką), używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. programu.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....
Imię i nazwisko Pacjenta(tki)

.....
*Data wypełnienia
formularza*

.....
*Czytelny podpis
Pacjenta(tki)*

