



MAZOWIECKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK  
MEDYCYNY PRACY  
SPZOZ

Program polityki zdrowotnej w zakresie poprawy sprawności fizycznej osób po 60 roku życia na lata  
2024-2026

**Świadoma zgoda na udział „Programie polityki zdrowotnej w zakresie poprawy sprawności  
fizycznej osób po 60 roku życia na lata 2024-2026”**

.....  
Imię i nazwisko uczestnika

.....  
Adres korespondencyjny (ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące „Programu polityki zdrowotnej w zakresie poprawy sprawności fizycznej osób po 60 roku życia na lata 2024-2026” oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałem poinformowany o tym, że program finansowany jest ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego.

Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymałam(em) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

.....  
Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia\*

\* niepotrzebne skreślić

**Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego**