

Świadoma zgoda na udział w „Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniu na COVID-19”

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Nr telefonu

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

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące „Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniu na COVID-19”

oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

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

Oświadczam, że jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego.

Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych oraz nie korzystam aktualnie ze świadczeń przewidzianych w programie, które finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....
Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia*

* niepotrzebne skreślić



MAZOWIECKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY

	Płock	Oddział Warszawa	Oddział Radom
Tel:	24 262 87 48	22 560 00 40	48 330 93 22
Fax:	24 262 88 42	22 560 00 41	48 330 93 23
e-mail:	plock@mwomp.pl	warszawa@mwomp.pl	radom@mwomp.pl
	NIP: 774-15-46-233	REGON 000301569	KRS 0000139991