

Formularz zgłoszeniowy do projektu

pn. *Wzrost dostępności do usług zdrowotnych, w tym specjalistycznych usług z zakresu ginekologii i urologii dla osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych i zależnych w województwie śląskim.*

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU	
NAZWISKO	
IMIĘ (IMIONA)	
PŁEĆ(M/K)	
DATA URODZENIA	
MIEJSCE URODZENIA	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
MIEJSCOWOŚĆ, KOD POCZTOWY	
WOJEWÓDZCTWO	
ULICA	
NUMER DOMU	
NUMER LOKALU	
DANE KONTAKTOWE	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	
DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA UCZESTNIKA PROJEKTU	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu

Projekt pn.: „Wzrost dostępności do usług zdrowotnych, w tym specjalistycznych usług z zakresu ginekologii i urologii dla osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych i zależnych w województwie śląskim ”I

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają **stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować **Revitamed Sp. z o. o.** z siedzibą w Zabrze przy ul. Wolności 502 w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczoney o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu

2. Oświadczam, że jestem osobą: *(zaznaczyć właściwe)*

niepełnosprawną (stopień:.....)

niesamodzielną

zależną

3. Oświadczam, że jestem/nie jestem pod stałą opieką specjalistyczną lekarza ginekologa (niepotrzebne skreślić)

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu

4. Oświadczam, że jestem/nie jestem pod stałą opieką specjalistyczną lekarza urologa (niepotrzebne skreślić)

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu