

Załącznik nr 1
do regulamin uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności
obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie
pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata
2024-2028”

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana* oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028” przeczytałem/przeczytałam* go, zrozumiałem/zrozumiałam* i zaakceptowałem/zaakceptowałam* jego postanowienia.

.....
imię i nazwisko

.....
adres miejsca zamieszkania

.....
miejsowość

.....
data

.....
czytelny podpis osoby zgłaszającej się
do udziału w Programie lub opiekuna

* Niepotrzebne skreślić