

Formularz świadomej zgody na udział w programie polityki zdrowotnej pn. „Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Wrocławia”

.....
KOBIETA Nazwisko, imię i Pesel lub rodzaj i nr dokumentu tożsamości

.....
MĘŻCZYŻNA Nazwisko, imię i Pesel lub rodzaj i nr dokumentu tożsamości

My niżej podpisani, mając zdolność do czynności prawnych, oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani przez pracownika ośrodka Polmedis o celach i charakterze programu polityki zdrowotnej pn.: „**Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Wrocławia**” (zwanego dalej Programem), o czasie jego trwania, sposobie przeprowadzania udzielanych świadczeń zdrowotnych, oczekiwanych korzyściach.

Zapoznaliśmy się z treścią dokumentu **WARUNKI PROGRAMU WROCŁAW 2024 POLMEDIS-** i akceptujemy te warunki. Mieliśmy możliwość zadawania pytań i uzyskaliśmy wyczerpujące i zrozumiałe dla nas odpowiedzi na wszystkie zadane przez nas pytania w sprawie Programu i warunków jego realizacji.

Oświadczamy, że:

- wyrażamy zgodę na udział w Programie po raz pierwszy,
- oboje mieszkamy na terenie miasta Wrocław,
- wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych na potrzeby realizacji Programu,
- jesteśmy w związku małżeńskim lub partnerskim (zgodnie z definicją dawstwa partnerskiego określoną w art. 2 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 roku o leczeniu niepłodności),
- wszelkie podane przez nas informacje są zgodne z prawdą
- jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

Data.....

.....
Podpis kobiety

.....
podpis mężczyzny

Oświadczenie osoby odbierającej Formularz świadomej zgody na udział w Programie

Ja niżej podpisany/podpisana wyjaśniłem/wyjaśniłam* osobie zgłaszającej się do udziału w Programie szczegóły tego programu, warunki uczestnictwa w Programie .

data, podpis i pieczęć przedstawiciela realizatora przyjmującego oświadczenie

* Niepotrzebnie skreślić