



DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres.....

Nr telefonu kontaktowego

E-mail

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zasadach programu profilaktycznego: „Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) – okres realizacji 2017-2020”.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w w/w programie oraz zobowiązuję się do realizacji obowiązków wynikających z przystąpienia do programu, w tym w szczególności uczestniczenia w 2 wizytach lekarskich i wypełniania ankiet.

Przyjmuję do wiadomości, że uczestnictwo w programie ma charakter nieodpłatny.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)