

Załącznik B. Świadoma zgoda na udział w Programie

Świadoma/-y zgody na udział w Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w 2024 roku.

.....
Imię i nazwisko uczestnika

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

.....
Imię i nazwisko uczestnika

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

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że uzyskałam/-łem wyczerpujące informacje dotyczące Programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w 2024 roku oraz otrzymałam/-łem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Zostałam/-łem poinformowana/-y, o tym, że Program finansowany jest ze środków Budżetu Województwa Wielkopolskiego.

Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych oraz, że nie uczestniczyłam/-łem w podobnym Programie finansowanym ze środków publicznych w ciągu ostatnich trzech lat.

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/-łem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

Wyrażam/nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji Programu zgodnie z obowiązującym prawem.

Wyrażamy zgodę na kontakt ze mną przez podmiot realizujący Program.

.....
.....
Data i podpisy uczestników

Oryginał/kopia*

*Niepotrzebne skreślić