

O Ś W I A D C Z E N I E

Przystępując do udziału w **Programie polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2019 roku”**

My niżej podpisani:

Imię i nazwisko (kobieta)

PESEL (kobieta)																				
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko (mężczyzna)

PESEL (mężczyzna)																				
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonuadres e-mail.....

oświadczamy, że

- pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim* od roku
- jesteśmy mieszkańcami województwa lubuskiego i jesteśmy zameldowani na pobyt stały pod wskazanym poniżej adresem:
ulicanr domu
nr lokalu, kod pocztowy
miejscowość.....
(do oświadczenia należy dołączyć zaświadczenie o zameldowaniu wydane np. przez Biuro Ewidencji Ludności)
- poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem/posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego*,
- ubiegamy się o dofinansowanie z budżetu Województwa Lubuskiego do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego przez podmiotu leczniczy, udzielający świadczeń polegających na leczeniu niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis - kobieta)

.....
(czytelny podpis - mężczyzna)

*właściwe podkreślić