

## Załącznik A. Wzór Oświadczenia o miejscu zamieszkania

*Dotyczy uczestnictwa w „Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w latach 2022-2023”*

.....

*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 mieszkam na terenie województwa wielkopolskiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego od 12 miesięcy w chwili aplikowania do Programu.

Otrzymałam/-lem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

.....

.....

*Data i podpisy uczestników*

Oryginal/kopia\*

\*Niepotrzebne skreślić