

Załącznik A. Wzór Oświadczenia o miejscu zamieszkania

Dotyczy uczestnictwa w „Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego”

.....
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