

Program polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego

Załącznik B. Wzór świadomej zgody na udział w Programie

Świadoma/-y zgody na udział 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 uzyskałam/-lem wyczerpujące informacje dotyczące „Programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego” oraz otrzymałam/-lem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam/-lem 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/-lem 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/-lem 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

Oryginal/kopia*

*Niepotrzebne skreślić