

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 korespondencyjny (ulica, numer mieszkania/ domu, kod pocztowy, miejscowość)

.....

Imię i nazwisko uczestnika

.....

Adres korespondencyjny (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