

Załącznik A. Oświadczenie 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/Gminy.....¹/Powiatu Gnieźnieńskiego* w rozumieniu Kodeksu cywilnego od 12 miesięcy w chwili aplikowania do Programu.

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

.....
.....
Data i podpisy uczestników

Oryginał/kopia*

*Niepotrzebne skreślić

¹ Należy wskazać Gminę, z której środków finansowany jest Program.