

Częstochowa,

WNIOSEK NR

.....
IMIĘ I NAZWISKO /PESEL- kobieta

.....
IMIĘ I NAZWISKO - mężczyzna

.....
ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA

.....
TELEFON

Urząd Miasta Częstochowy
Wydział Zdrowia

W N I O S E K

Wnioskujemy o objęcie dofinansowaniem w roku 2020 do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach Programu „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Częstochowy na lata 2015-2017 – kontynuacja programu na lata 2018-2020”, w wysokości do 5 000 zł.

Do wniosku załączamy:

Oświadczenie:

- o pozostawaniu w związku małżeńskim/partnerskim,
- o zamieszkiwaniu na terenie miasta Częstochowy,
- o poddaniu się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem lub posiadaniu bezpośredniego wskazania do zapłodnienia pozaustrojowego,
- o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Gminę Miasto Częstochowa.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy - kobieta)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy - mężczyzna)