

OŚWIADCZENIE

Przystępując do udziału w Programie „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Częstochowy na lata 2015 - 2017 – kontynuacja programu na lata 2018 - 2020”

My niżej podpisani:

.....
(Imię i Nazwisko-kobieta)

.....
(Imię i Nazwisko-mężczyzna)

świadomi odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 1a kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań

oświadczamy, że

1) pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim* od roku

2) jesteśmy mieszkańcami Częstochowy od roku
(kobieta) (mężczyzna)

3) poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem/ posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego*

Deklarujemy udział w programie w
(nazwa podmiotu leczniczego realizatora programu)

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis -kobieta)

.....
(czytelny podpis - mężczyzna)

* właściwe podkreślić